

วารสาร

วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404



ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

Vol.4 No.3 September - December 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 :

นายแพทย์สุรเดชช วัฒนะเดช

นายแพทย์วัชรระ 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 พนมพงศ์

แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา

นายแพทย์นิสิต บุญอะริ้ว

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปทุมรัตน์

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

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุ่มพนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทร์	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สมบัติ อัมประภา	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 จันทร์มณฑล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี
อาจารย์ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางจุไรรัตน์ กลางคาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางรุจิรา จันทร์หอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 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 ตลอดจนจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ 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 เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ 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 ง่ายดาย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจัยผลลัพธ์ที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

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

กิตติกรรมประกาศ ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณ ผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่า มีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง 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 :;;

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด

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
<p>การพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด</p> <p>Development of Infectious Waste Management System in Roi-Et Hospital</p> <p>วิรัช โสภภาพ</p>	9
<p>ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสงรวง</p> <p>The Effect of a Self-management Skill Program for Delaying Kidney Deterioration on Behavior and Clinical Outcomes with Type 2 Diabetes Mellitus</p> <p>Muang Suang Hospital</p> <p>ละอองดาว ขุราณี, ทิพย์วัลย์ ตรีเทศ</p>	21
<p>ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด</p> <p>Effectiveness of Participatory Learning Program on Knowledge and Practice of Village Health Volunteers for Taking Care of Hypertension Patients</p> <p>Roi-Et Hospital</p> <p>กาญจนา โทหา</p>	32
<p>การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อองค์ประกอบผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม</p> <p>Development of a Health Behavior Modification Model at Risk Personnel to the Clinical Outcome Component of Metabolic Syndrome</p> <p>จิราชัย เสน่ห้วงศ์, ดวงเดือน ศรีมาตี, ทิพย์วัลย์ ตรีเทศ, นิธิมา มงคลชู</p>	43
<p>การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด</p> <p>The Development of Continuity of Care Model with Community Participation for Bed Bound Elderly at Muang Roi-Et</p> <p>ปิยพร ศรีพนมเขต</p>	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Care Model for Alcohol Addiction Problems of Patients by Participation of Multidisciplinary Atsamat Hospital Roi-Et Province นภัสภรณ์ เจริญสะอาด, อภิญญา นันทบุณยฤทธิ์	63
การพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร The Development of Palliative Care Model for Patients End Stage Renal Disease at Mukdahan Hospital อารมย์ พรหมดี, นภาพรรณ จันเต็ม, มะลิเพย ผิวทอง	72
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน Effectiveness of Practice Guideline for Caring Chest Trauma Patients with Intercostal Drainage in Trauma with Emergency Department เนาวรัตน์ ชันธิราช	83
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Care for Elderly with Dependency Model In Srisomdej Hospital Roi-Et Province ศิริลักษณ์ สิงห์ยะเมือง	93
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ The Factors Influencing High Performance Organization of Kalasin Provincial Public Health Office บุรินทร์ จินดาพรรณ	102

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

อุบัติการณ์การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม Infection Incidence and Risk Factors for Peritonitis in Peritoneal Dialysis Patients, Detudom Crown Prince Hospital จิตติมา สายสุด	126
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม The Development of Prevention's Model to Repeated Pregnancy among Adolescent Mothers of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province ทิพานันท์ แคนสีแก้ว, นุสรรา ธนเหมะจุลิน, อุไรวรรณ สอนเสนา, ยุวลักษณ์ คำนวน	135
การพัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Tuberculosis Screening Model in Household Contacts in Sra Khu Subdistrict, Suwannabhum District, Roi-Et Province นวลปาง ชัชวาลย์	147
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลธวัชบุรี Effects of Self-management Program for Slowing Progression of Chronic Kidney Disease Stage 3-4 Dysfunction on Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Thawatchaburi Hospital ปพิชญา สิงห์ชา	157

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด Results of Health Literacy Programs on Diabetes Mellitus Prevention Behaviors of Diabetes Risk Groups Sa Khu Subdistrict, Suwannaphum District, Roi-Et Province นัฐพร พรหมบุตร	168
การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ Development of Surgery System and Patients Care of One Day Surgery : ODS in Suwannaphum Hospital สวินัย นามเพ็ง	181
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม Development of Caring Model for Older Adults with Dementia in Community Through Family and Community Participation พิสมัย ศรีทำนา, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	192
การพัฒนาระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ The Development System for Screening on Liver flukes and Cholangiocarcinoma in Risk Groups as Participatory Communities, Suwannaphum Hospital สวาสดี ธรรมมา	203
ผลของการสอนและช่วยจัดทำให้นมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดต่อระดับความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกคลอด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ Result of Postpartum Education and Lactation Support on Breastfeeding Knowledge and Skills in the Early Postpartum Cesarean Section at Suwannaphum Hospital นิรมล สัจวร	215

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ The Effectiveness of a Program for Improving Advance Life Support on Improving Advance Life Support Knowledge and Skills of nursing working in Suwannaphum Health Network กมลภรณ์ ปัญญา	223
ผลของโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอกู่เขาหลวง The Effects of Surveillance and Psychiatric Care by Community on Health Belief Perception as Village Health Volunteers in Thung Khao Luang ไพฑูรย์ จันทศักดิ์	235
การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม The Development of a Care System for ST Elevation Myocardial Infarction at the Emergency Room, Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province นิตยา รัชโพธิ์	247
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกล ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน The Effects of a Tele-Nursing Care-based Self-Management Program on Diabetes Management among Aging Homebound Individuals ละมัย หงษา, ธิติรัตน์ อุทก	256
การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care of Pulmonary Tuberculosis : Case study 2 case จินตนา โพธิ์ตาก	268

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่องต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนบ้านแคน ตำบลจันทาร อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด The effect of a weight loss program using a 9-square grid on knowledge, exercise behavior and weight of students with overnutrition at Ban Can Primary School, Changan district, Roi-et Province จิระพรรณ ศรีหามี	280
การพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด The Development of Linking Service System Between Emergency Care and Continuum Care at District Level Phonsai District Roi-Et Province พุทธรักษ์ อินทร์ห้างหว้า	287
การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย Counseling for teenage pregnant women infected with HIV : Two Case Studies ทวารัตน์ โคตรภูเวียง	298

การพัฒนาระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด Development of Infectious Waste Management System in Roi-Et Hospital

วินิช โสภาพล*

Vinit Sopapon

Corresponding author: E-mail; vsopapon@gmail.com

(Received: July 22, 2023; Revised: July 30, 2023 ; Accepted: August 24, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล 10 คน และผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีขยะติดเชื้อที่มาใช้บริการตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2565 จำนวน 12 คน ผู้ร่วมวิจัย 136 คน ผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อ 7 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage differences

ผลการวิจัย : บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อและการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคมติดเชื้อขณะปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ ระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดประกอบด้วยขั้นตอนการมอบหมายงาน การคัดแยกมูลฝอย การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ สถานที่พักรวม และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ และผลการนำระบบฯ ไปทดลองใช้ พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา 0.67 คะแนน (95%CI: 0.61, 0.74) และมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น จำนวน 10,000 กิโลกรัม หรือ 100 ตันต่อปีเพิ่มขึ้น 4.21%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : มูลฝอยติดเชื้อ; บริหารจัดการ

ABSTRACT

Purposes : To study a situation and problems, develop a system, and evaluate infectious waste management system in Roi-Et Hospital.

Study design : Action research.

Materials and Methods : Ten of Key informants were involved in management of infectious waste and twelve of patients or relatives who cared for patients with infectious waste who received services from January-December 2022. 136 of participants were participated in this study, seven of participants were responsible for managing infectious waste. Data were collected using questionnaires and recording forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Percentage differences.

Main findings : Related personnel had a low level of behavior in separating infectious waste and their awareness of preventing accidents from infectious, sharp, objects while working. The infectious waste management system consists of the process of assigning work, waste separation, collection of infectious waste, moving infectious waste moving infectious waste shared accommodation and disposal of infectious waste. And after the development, it was found that sample group had an mean score of overall infectious waste management behavior, than before development ($p < .001$) with an mean score of more than 0.67(95%CI: 0.61, 0.74) and infectious waste can be managed. The amount of infectious waste had increased by 10,000 kilograms or 100 tons per year, indicating that there were an increase in the amount of infectious waste by 4.21%.

Conclusion and recommendations : A results of this research resulted in increased management of infectious waste.

Keywords: Infectious Waste; Management

บทนำ

ปัญหาขยะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่กำลังเผชิญและต้องทุ่มเททรัพยากรในการจัดการปัญหาดังกล่าวนอกจากกลิ่นเหม็นรบกวนและเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคแล้ว ปัญหาขยะยังก่อให้เกิดปัญหามลพิษด้านอื่นๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหามลพิษทางน้ำจากน้ำเสียที่รั่วไหลจากแหล่งเทกองขยะหรือขยะที่ถูกฝังกลบอยู่ใต้ดิน ทำให้คุณภาพแหล่งน้ำผิวดิน และใต้ดินแย่ลง นอกจากนี้ หากเกิดเพลิงไหม้กองขยะก็ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีขยะที่มีสารพิษปะปนอยู่ เนื่องจากไม่มีการคัดแยกขยะอย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับ มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากโรงพยาบาล เป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชิ้นสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวให้ถือว่าเป็นมูลฝอยติดเชื้อ¹ ที่จะต้องมีการจัดการแยกออกจากมูลฝอยทั่วไป ตั้งแต่แหล่งกำเนิด โดยจะต้องมีการจัดเก็บ รวบรวมขนส่ง และกำจัดที่ถูกสุขลักษณะตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงฯ เพราะถ้าจัดการไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ หรือจัดการไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล จะส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคต่างๆ สู่สิ่งแวดล้อม และยังทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ซึ่งในปัจจุบันมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลต่างๆ มีปริมาณเพิ่มขึ้น โดยกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 โดยกำหนดให้ผู้ประกอบกิจการห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย และราชการส่วนท้องถิ่น รวมทั้งบุคคลซึ่งราชการส่วนท้องถิ่นมอบให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อภายใต้การควบคุมดูแลของราชการส่วนท้องถิ่นตามมาตรา 18 วรรคสอง และบุคคลซึ่งได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นให้ดำเนินการรับทำการเก็บขน และ

กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการตามมาตรา 19 แล้วแต่กรณี และข้อ 8 ในการเก็บและหรือกำจัดมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานบริการการสาธารณสุขซึ่งมิใช่สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลสัตว์ของทางราชการหรือภายในห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายของเอกชน ให้ผู้ประกอบกิจการสถานบริการการสาธารณสุขหรือผู้ประกอบกิจการห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายควบคุมดูแลให้ผู้ดำเนินการสถานบริการการสาธารณสุขหรือผู้ดำเนินการห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการเก็บและหรือกำจัดมูลฝอยติดเชื้อตามข้อ 3 วรรคหนึ่ง (1), (2) หรือ (3) และดำเนินการเก็บและหรือกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหมวด 2 และหมวด 4 แห่งกฎกระทรวงนี้¹

จากการสำรวจปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในปี พ.ศ.2564 มีปริมาณ 90,009.23 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 87.0 ส่วนใหญ่เกิดจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน สถานพยาบาลสัตว์ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายรวมไปถึงมูลฝอยติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากโรงพยาบาลสนาม สถานกักกันที่ราชการกำหนด ศูนย์แยกกักในชุมชน (CI) การแยกกักตัวที่บ้าน (HI) และสถานที่อื่นๆ โดยได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง 81,774.67 ตัน (ร้อยละ 90.85) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ พัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาและขับเคลื่อนมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และระบบควบคุมกำกับการณ์ขนมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest system) พัฒนางานวิชาการมาตรฐานและงานวิจัยด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ทั้งนี้กรมควบคุมมลพิษได้จัดทำข้อเสนอแนะในการตั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว และชุดทดสอบแอนติเจน (ATK) ที่ใช้แล้ว โดยให้มีการคัดแยกออกจาก

ขยะทั่วไป และให้มีถังขยะแยกสำหรับทิ้งขยะติดเชื้อ โดยเฉพาะ² และพบว่าความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อนั้น ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่พบมากที่สุด ได้แก่ การบาดเจ็บจากเข็มและสิ่งมีคมอื่นๆ เช่น แก้ว พลาสติก ที่ใช้ในสถานบริการสุขภาพ ห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์การเก็บตัวอย่างเลือด หรือใบมีดที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งสิ่งมีคมต่างๆ เหล่านี้อาจสัมผัสกับเชื้อโรคมาก่อนและเมื่อบาดทะลุเข้าไปในผิวหนังจะทำให้เกิดบาดแผลเปิด ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น หรืออาจอยู่ในรูปฝุ่นละอองในอากาศที่มีขนาด 1-3 ไมโครกรัม เข้าสู่ร่างกายได้ทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งกลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ คนงานที่เกี่ยวข้องกับมูลฝอยตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวม การขนย้าย และการนำไปกำจัด³

สำหรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะส่งมูลฝอยติดเชื้อให้บริษัทเอกชนรับนำไปกำจัดมากขึ้น เนื่องจากสภาพเตาเผาที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเกิดการชำรุด หรือไม่คุ้มทุนถ้าจะกำจัดเองประกอบกับน้ำมันเชื้อเพลิงมีราคาแพง จึงทำให้บริษัทเอกชนที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดมีการลักลอบนำมูลฝอยติดเชื้อไปทิ้งบริเวณที่ดินสาธารณะต่างๆ โดยไม่นำไปกำจัดให้ถูกวิธี ส่งผลให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ประกอบกับการแพร่กระจายของโรคในปัจจุบันสามารถเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว อันเป็นผลจากการพัฒนาระบบการขนส่ง เช่นเดียวกับสถานการณ์การจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ.2561-2564 พบว่า ปริมาณขยะทั่วไป จำนวน 1,460,000 กิโลกรัม, 1,460,000 กิโลกรัม, 1,551,500 กิโลกรัม และ 1,779,000 กิโลกรัม จากผลการสำรวจพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ผ่านมาพบว่าคุณสมบัติการบริหารโรงพยาบาล และกลุ่มคนงานผู้รวบรวมมูลฝอยและทำความสะอาดเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพียงร้อยละ 22.0 และ 42.5 ตามลำดับ คณะกรรมการบริหารฯ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 52.4) การคัดแยกประเภทมูลฝอย

ติดเชื้อได้ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 72.2) ส่วนกลุ่มคนงานมีความรู้ทั้งสองด้านระดับปานกลางค่อนข้างต่ำและระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 52.0 และ 47.4 ตามลำดับ) และเมื่อวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงานประจำวันของคนงาน จะเก็บรวบรวมทุกวันๆละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 52.0) การปฏิบัติในระหว่างรวบรวมขนย้ายยังไม่ถูกต้อง ในเรื่องการตรวจมูลฝอยตกหล่นนอกถุง การรั่วซึมของถุง และการมัดปากถุง การป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงานพบว่ายังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใส่ถุงมือยาง ผูกผ้าปิดปากและจมูกใส่รองเท้าบูทยางและชุดทำงาน พบว่าร้อยละ 36.0 ได้รับความปลอดภัยในการทำงานระหว่าง 1-3 ครั้ง เนื่องจากการถูกบาดเจ็บต่ำจากเศษวัสดุที่อยู่ในมูลฝอย

สอดคล้องกับการวิเคราะห์ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดลำปาง ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลชุมชนมีการคัดแยก เก็บรวบรวมเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง แต่พบปัญหาประเด็นที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่มีระบบควบคุมอุณหภูมิทุกแห่ง และมีระยะเวลาเก็บพักนาน 6-7 วัน พนักงานไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลครบถ้วน ร้อยละ 100.0 ทั้งไม่มีการกำหนดเส้นทางในการเคลื่อนย้าย ไม่มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีระยะเวลาในการเก็บพักมูลฝอยติดเชือนานเกิน 7 วัน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 2⁴ และพบว่าหน่วยงานที่มีมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักและวิกฤติ หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและห้องคลอด จำนวน 5,744 5,241 5,155 4,777 และ 4,720 กิโลกรัม ตามลำดับ หน่วยงานที่พบว่ามีความเสี่ยงติดเชื้อน้อยที่สุด ได้แก่ เกษศกรรม และห้องประชุม จำนวน 29 กิโลกรัม อัตราการเกิดขยะติดเชื้อเท่ากับ 0.70 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานทำความสะอาด พบว่า พนักงานที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี ไม่เคยได้รับความรู้ทำให้การปฏิบัติไม่ถูกต้องและพนักงานที่ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป เคยได้รับความรู้ จึงปฏิบัติงานตามขั้นตอนการเคลื่อนย้ายการรวบรวมขยะติดเชื้อ ตลอดจนการป้องกันตนเองได้ถูกต้อง⁵

นอกจากนั้นยังพบว่า หลักการบริหารจัดการกับขยะติดเชื้อและแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การทิ้งขยะในโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ก่อนออกไปสู่ภายนอกโรงพยาบาลมีหลักสำคัญคือ (1) ขั้นตอนการแยกขยะ ตั้งแต่บนหอผู้ป่วยหรือจุดที่เริ่มผลิตขยะ (2) ขั้นตอนการรวบรวมขยะ ให้มีที่เก็บขยะเฉพาะ แต่ละชนิด (3) ขั้นตอนการขนย้ายขยะ เป็นไปอย่างรวดเร็วและมิดชิด และ (4) ขั้นตอนการบำบัดทำลาย ทำลายเชื้อ โดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม⁶ เช่นเดียวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วยขั้นตอน (1) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยชนิดอื่น ณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โดยทำการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคม/มูลฝอยติดเชื้อชนิดไม่มีคม เก็บในภาชนะที่ปลอดภัย (2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ แยกมูลฝอยติดเชื้อชนิดมีคม ทั้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรง ไม่สามารถแทงทะลุ มีฝาที่ปิดมิดชิด ติดป้าย “ของมีคมติดเชื้อ” เห็นได้ชัดเจน และมูลฝอยติดเชื้อชนิดไม่มีคม (3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ลักษณะของภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (4) การเก็บคัดแยกและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (5) ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล (6) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และ (7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเป็นการทำลายเชื้อโรคที่มีในมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกหลักสุขาภิบาลโดยการเผาผลาญมูลฝอยติดเชื้อให้เผาที่อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 0 องศาเซลเซียส และการเผาวันให้เผาที่อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 1,000 องศาเซลเซียส โดยส่งต่อไปบริษัทเอกชนนำไปกำจัด⁷

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต

(Observe) และการสะท้อนคิด (Reflecting) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นวงจร จนกว่าจะได้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดกระบวนการกำกับและตรวจสอบอย่างเข้มงวดต่อเอกสารหรือหลักฐานของบริษัทเอกชนที่ดำเนินการ เก็บ และขนจนถึงขั้นตอนการกำจัดทำลาย ณ สถานที่กำจัดทำลายที่ถูกต้อง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2564 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา พัฒนาระบบและประเมินผลการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2565 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการจัดการขยะติดเชื้อ ประกอบด้วย ปริมาณขยะติดเชื้อ การคัดแยกขยะติดเชื้อ การเก็บขยะติดเชื้อ การขนขยะติดเชื้อ และการกำจัดขยะติดเชื้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเชิงปริมาณ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยนำข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 ร่วมกับข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำมาออกแบบการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของสภาพปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธี

เชิงคุณภาพ นำมาเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนด
โครงสร้างการพัฒนาระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน
โรงพยาบาลร้อยเอ็ดให้สอดคล้องตามหลักวิชาการและ
กฎหมายกำหนด เป็นแนวทางการปฏิบัติการจัดการขยะ
ติดเชื้อของผู้ป่วย โดยองค์กร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันดำเนินงานกิจกรรมให้สอดคล้อง
ตามบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผลพัฒนาระบบบริหารจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทั้ง 4 ชั้นตอน ซึ่งใช้
แนวทางการปฏิบัติในการดำเนินงานจากพัฒนาระบบ
บริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดย
ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบ เก็บรวบรวม
ข้อมูลโดยวิธีเชิงปริมาณ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ร่วมวิจัย ระยะที่ 1 กลุ่มผู้ให้
ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการ
จัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน
และผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีขยะติดเชื้อที่มารับ
บริการตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2565 จำนวน 12 คน
ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)
ระยะที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยใช้ในการศึกษา คือ ผู้บริหารและผู้มี
ส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล
จำนวน 136 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
(Purposive sampling) และระยะที่ 3 ผู้บริหารที่รับผิดชอบ
ในการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
จำนวน 7 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
(Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร
ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
สำหรับโรงพยาบาล ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ด้านบุคลากร
การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย ลักษณะของ
รถเข็น ลักษณะของที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัด
มูลฝอยติดเชื้อจำนวน 27 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตร
วัดประมาณค่า 3 ระดับ ปฏิบัติ ปานกลาง และไม่ปฏิบัติ
โดยให้ 2 คะแนน ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อ 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติ
ให้ 0 คะแนน-ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ และตอนที่
3 วัน เดือน ปี ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ
เวลาเข้าเก็บ เวลาออก ปริมาณมูลฝอย (กก.) ชื่อ จนท.รพ.
ผู้ส่งมอบมูลฝอย (ตัวบรรจุ) ลายเซ็น คำรับรองของผู้ขนส่ง
สถานที่กำจัด โทรศัพท์และคำรับรองของผู้กำจัดและเก็บ
รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มเครื่องมือ
คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ในส่วนของแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณทำการ
ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟา
ของครอนบาคได้เท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 โดยการสัมภาษณ์
กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วย
ข้อมูล 3 ส่วนโดยประเมินความรู้อของผู้เกี่ยวข้องกับการ
คัดแยกขยะติดเชื้อ การเก็บขยะติดเชื้อ การขนขยะติดเชื้อ
และการกำจัดขยะติดเชื้อ **ระยะที่ 2** แบบสอบถามแบบ
กึ่งโครงสร้างกำหนดแนวประเด็นการสนทนากลุ่ม จากการ
ทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาในระยะที่ 1 ตามกรอบ
แนวคิดการรับรู้และแนวทางในการกำจัดขยะติดเชื้อของ
องค์การอนามัยโลก^๑ เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มที่
ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มไว้ 5
ประเด็น การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การคัดแยกมูลฝอย
ติดเชื้อ การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้าย
มูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ และระยะที่ 3
แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัยสำหรับศึกษาการจัดการ
ขยะติดเชื้อ ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้ (1) การรับรู้
ของผู้บริหารและบุคลากรผู้รับผิดชอบการจัดการขยะ
ติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในการคัดแยกขยะติดเชื้อ
การเก็บขยะติดเชื้อ การขนขยะติดเชื้อ และการกำจัดขยะ
ติดเชื้อ (2) ปริมาณขยะติดเชื้อ และ (3) แบบสังเกต
โดยการสังเกตจากทีมผู้วิจัยในประเด็นการคัดแยกขยะ
ติดเชื้อ การเก็บขยะติดเชื้อ การขนขยะติดเชื้อ และการ

กำจััดขยะติดเชื้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และนำข้อมูลการจัดการขยะติดเชื้อและสภาพปัญหาการจัดการขยะติดเชื้อที่ได้มาเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดโครงสร้างการพัฒนาระบบบริหารจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยจำแนกข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกันมารวมกันไว้เป็นหมวดหมู่ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และใช้การวิเคราะห์แก่นสาระในการสร้างข้อสรุปจากข้อมูล เพื่อนำมากำหนดเป็นโครงสร้างการพัฒนาระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage differences

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในการจัดการขยะติดเชื้อใน

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยส่งโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 136 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (68.4%) อายุเฉลี่ย 38 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (93.4%) สถานภาพสมรสคู่ (55.9%) รายได้เฉลี่ย 30,308 บาทต่อเดือน และประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 10 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด (n=136)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	93(68.4)
	หญิง	43(31.6)
อายุ(ปี)	mean(SD)	38.21(7.16)
	min(max)	25.0(52.0)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	127(93.4)
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	9(6.6)
สถานภาพสมรส	โสด	29(21.3)
	คู่	76(55.9)
	หม้าย/หย่า/แยก	31(22.8)
รายได้(บาท)	mean(SD)	30,308.5(12,076.2)
	min(max)	15,000.0(56,000.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	
mean(SD.)	10.3(4.3)
min(max)	2(20.0)

2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ เช่น การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไปออกจากกัน และการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ไขมีดออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่น โดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนนำไปกำจัดอยู่ในระดับปานกลาง แต่การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคมติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน ก็ไม่อาจทำให้มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคร้ายแรงได้และผู้ทำการเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลทุกครั้งเสมอไป ถ้าหากมีมูลฝอยติดเชื้อจำนวนน้อย การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ แนวทางแก้ไขปัญหามาจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดความตระหนัก การกำกับและ

การติดตามการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

3. หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยรวม มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อมากกว่า 0.67 คะแนน (95%CI: 0.61, 0.74) และหลังเข้าร่วมพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแล้ว พบว่าโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้นจำนวน 10,000 กิโลกรัม หรือ 100 ตันต่อปี แสดงว่ามีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้น 4.21% ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง (n=136)

พฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
การจัดการบุคลากร					
ก่อนการทดลอง	136	0.93(0.60)	0.52	0.39,0.64	<.001
หลังการทดลอง	136	1.44(0.49)			
การคัดแยกมูลฝอย					
ก่อนการทดลอง	136	0.87(0.60)	0.62	0.50,0.74	<.001
หลังการทดลอง	136	1.50(0.44)			
การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ					
ก่อนการทดลอง	136	0.90(0.55)	0.72	0.62,0.82	<.001
หลังการทดลอง	136	1.62(0.47)			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ					
ก่อนการทดลอง	136	0.94(0.34)	0.64	0.54,0.74	<.001
หลังการทดลอง	136	1.58(0.39)			
ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ					
ก่อนการทดลอง	136	0.95(0.52)	0.57	0.45,0.68	<.001
หลังการทดลอง	136	1.52(0.49)			
สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ					
ก่อนการทดลอง	136	0.94(0.52)	0.77	0.65,0.89	<.001
หลังการทดลอง	136	1.72(0.34)			
การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ					
ก่อนการทดลอง	136	0.94(0.52)	0.11	0.72,0.89	<.001
หลังการทดลอง	136	1.75(0.26)			
โดยรวม					
ก่อนการทดลอง	136	0.95(0.27)	0.67	0.61,0.74	<.001
หลังการทดลอง	136	1.63(0.24)			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ (ต.ค.64)	หลังดำเนินการ (ก.ย.65)	%difference
ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (ก.ก.)	155,000	165,000	+4.21%

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับปัญหาที่พบ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดแยกชนิด ภาชนะรองรับขยะที่หน่วยงาน ไม่เพียงพอ และระยะทางในการขนย้ายขยะติดเชื้อไปยังโรงพักขยะก่อนข้างไกล นอกจากนี้การประเมินคุณภาพทั้ง 7 ด้าน ถูกต้องผลการศึกษานี้จะนำข้อมูลไปพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เพื่อลดปัญหาสิ่งแวดล้อมจากปริมาณขยะที่จะตามมา และสามารถนำความรู้ไปอธิบายให้กับประชาชนและผู้มาใช้บริการใน โรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ได้นำกฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 มาพัฒนาเป็นกรอบมาตรฐานฯ และปรับใช้ โดยมีการจัดกิจกรรมการประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจกับผู้บริหาร

คณะกรรมการฯ ให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และกระบวนการต่างๆ ในการศึกษาวิจัยรวมถึงข้อเสนอแนะการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อขึ้นมาใหม่โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยบุคคลและกรรมการร่วมกันเสนอความคิดเห็นในการสร้างกรอบมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมและสามารถนำมาปรับใช้กับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงได้ ส่งผลให้กลุ่มผู้ทิ้งมูลฝอยติดเชื้อพบ ส่วนใหญ่มีการแยกมูลฝอยถูกต้อง (90.91%) กลุ่มผู้เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีการเก็บรวบรวมตามเวลาที่กำหนดทั้งบริเวณจุดที่กำหนดได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 กลุ่มผู้ขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันถูกต้อง ทำความสะอาดรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อและปฏิบัติตามเกณฑ์ที่วางไว้ได้ถูกต้อง (100%) และกลุ่มผู้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการกำจัดที่ถูกต้อง แต่งกายที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด (100%) และมีทักษะปฏิบัติระดับดี (90.62%)⁹; พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อหลังจากการอบรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 40.80 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม 42.74 คะแนน¹⁰

เช่นเดียวกับการศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้น 100.51 กิโลกรัมต่อวัน คิดเป็นอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ 0.79 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ส่วนมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อนั้นโรงพยาบาลเอกชนมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 ร้อยละ 46.41 มาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในรายด้าน พบว่า โรงพยาบาลเอกชนมีการปฏิบัติตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 ในด้านลักษณะรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อและด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ ด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 97.39 ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ

88.89 ด้านสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 66.01 ด้านการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 61.44 และด้านบุคลากรในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 50.98 ตามลำดับ¹¹ และจากการวิเคราะห์ระบบการจัดการ พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนมีการคัดแยกเก็บรวบรวม เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง พบปัญหาที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่มีระบบควบคุมอุณหภูมิทุกแห่ง และมีระยะเวลาเก็บพักนาน 6-7 วัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดแยก และเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง พบปัญหา ภาชนะบรรจุประเภทมีคมไม่ถูกต้อง ร้อยละ 3 มีระยะเวลาในการเก็บพักนาน 6-7 วัน และที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่เป็นไปตามกฎกระทรวงฯ กำหนดทุกแห่ง คลินิกมีการคัดแยก และเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง พบปัญหา ภาชนะบรรจุประเภทมีคมและไม่มีคมไม่ถูกต้อง ร้อยละ 23 และ 56 พนักงานไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลครบถ้วน ร้อยละ 100 ทั้งไม่มีการกำหนดเส้นทางในการเคลื่อนย้าย ไม่มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ มีระยะเวลาในการเก็บพักมูลฝอยติดเชื้อมานานเกิน 7 วัน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 2⁴

นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา ซึ่งพบว่าหน่วยงานที่มีมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักและวิกฤติ หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย หอผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และห้องคลอด จำนวน 5,744; 5,241; 5,155; 4,777 และ 4,720 กิโลกรัมตามลำดับ หน่วยงานที่พบว่ามีขยะติดเชื้อน้อยที่สุด ได้แก่ เภสัชกรรม และห้องประชุม จำนวน 29 กิโลกรัมอัตราการเกิดขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.70 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานทำความสะอาด พบว่าพนักงานที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี ไม่เคยได้รับความรู้ ทำให้การปฏิบัติไม่ถูกต้องและพนักงานที่ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไปเคยได้รับความรู้ จึงปฏิบัติงานตามขั้นตอนการเคลื่อนย้ายการรวบรวมขยะติดเชื้อ ตลอดจนการป้องกันตนเองได้ถูกต้อง⁵ ทำนองเดียวกับการศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชนพบว่า โรงพยาบาล

เอกซเรย์อัตรการครองเตียงร้อยละ 54.23 จำนวนผู้ป่วย
ในที่เข้มารับบริการ 18,725 รายต่อปี จำนวนผู้ป่วยนอก
ที่เข้มารับบริการ 159,516 รายต่อปี มีปริมาณมูลฝอย
ติดเชื้อเกิดขึ้น 100.51 กิโลกรัมต่อวัน คิดเป็นอัตรการเกิด
มูลฝอยติดเชื้อ 0.79 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน¹¹ สอดคล้อง
กับการศึกษาแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัด
ลำปาง ซึ่งพบว่า อัตรการเกิดมูลฝอยติดเชื้อของ
โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 0.62
และ 0.83 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ส่วนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกเท่ากับ 0.83 และ 0.31
กิโลกรัมต่อวัน⁴; ผลการศึกษาองค์ประกอบขยะติดเชื้อ
เฉลี่ย 3 เดือน ของทั้ง 2 โรงพยาบาล พบว่าองค์ประกอบ
ขยะติดเชื้อประเภทไม่มีคมมากกว่าขยะติดเชื้อประเภท
มีคมโดยโรงพยาบาลเรณูนครมีขยะติดเชื้อประเภทมีคม
เฉลี่ยร้อยละ 1.71 และประเภทไม่มีคมเฉลี่ยร้อยละ 98.29
ในขณะที่โรงพยาบาลนครพนมมีขยะติดเชื้อประเภทมีคม
เฉลี่ยร้อยละ 2.05 และประเภทไม่มีคมเฉลี่ยร้อยละ 97.95
เมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบขยะติดเชื้อของทั้ง 2
โรงพยาบาลเฉลี่ย 3 เดือน พบว่า มีองค์ประกอบขยะติดเชื้อ
ประเภทมีคมและประเภทไม่มีคมไม่แตกต่างกัน อัตรการ
เกิดขยะติดเชื้อเฉลี่ย 3 เดือน ของโรงพยาบาลเรณูนคร
เท่ากับ 492.46 กรัม/เตียง/วัน ในขณะที่อัตรการเกิดขยะ
ติดเชื้อเฉลี่ย 3 เดือน ของโรงพยาบาลนครพนม เท่ากับ
1,109.35 กรัม/เตียง/วัน แนวทางการจัดการขยะติดเชื้อ
ของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง คือ ควรแยกขยะติดเชื้อออกจาก
ขยะชนิดอื่น ณ แหล่งกำเนิด สำหรับขยะติดเชื้อที่เป็นสาร
คัดหลั่ง ให้เททิ้งในอ่างที่ทำไว้สำหรับเทศบาลคัดหลั่งเพื่อให้
ลงไปสู่ระบบบำบัดต่อไปและใช้หลักในการจัดการขยะ
ติดเชื้อ¹²

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าระบบการบริหารจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ถูกต้องตามหลัก
สุขาภิบาลหลายขั้นตอนสาเหตุจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยัง
ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
และขาดการกำกับ ติดตามผล และบำรุงรักษาอุปกรณ์
ต่างๆ อย่างเป็นระบบ จึงควรจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพ
งานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยส่งเสริมให้มีการฝึกอบรม

เอกสารคู่มือ และการกำหนดมาตรฐานวิธีการทำงาน พร้อม
ทั้งให้มีการควบคุมอย่างเป็นระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริม
ความสำเร็จของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อคือกลุ่มผู้บริหาร
หน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดในระดับนโยบาย ดังนั้น ควร
ส่งเสริมให้มีแนวปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายใน
โรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางในการลดขยะติดเชื้อ
จากต้นทาง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชุม
อบรม เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรในการคัดแยกขยะติดเชื้อ
จากต้นทาง เช่น คัดแยกถุงพลาสติกที่ห่อกระบอกฉีดยาลง
ในถังขยะทั่วไป และแยกกระบอกฉีดยาลงในถังขยะติดเชื้อ
เพื่อลดปริมาณขยะติดเชื้อลง ซึ่งจะช่วยให้ค่าใช้จ่ายในการ
กำจัดลดลงอีกด้วย

2. จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นแนวทางการแก้ไข
ปัญหาอันเกิดจากการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลที่
จำเป็นต้องดำเนินการ ดังนี้

2.1 ควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกระดับ
ในโรงพยาบาลให้ตระหนักถึงความสำคัญ ที่ต้องมีการ
จัดการมูลฝอย ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อ
สิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน
โดยการฝึกอบรมการศึกษาดูงาน ศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบกับ
โรงพยาบาลขนาดเดียวกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

2.2 ควรมีการประชุมสัมพันธ์ และรณรงค์การ
จัดการมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไป ตั้งแต่ต้นทางโดย
การคัดแยกมูลฝอย ลดมูลฝอยจากแหล่งกำเนิดและนำหลัก
แนวคิด 5R คือ การรีไซเคิลมาประกาศใช้เพื่อชี้ให้เห็นว่า
มูลฝอยรีไซเคิล สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

2.3 ควรส่งเสริมการคัดแยกมูลฝอยจากแหล่ง
กำเนิด คือ โดยเริ่มจากแต่ละหน่วยงานมีการคัดแยกชัดเจน
และถูกประเภท ซึ่งเป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้สามารถบริหาร
จัดการมูลฝอยที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปกำจัดได้อย่างมี
ประสิทธิภาพและทันต่อเวลา ไม่มีมูลฝอยตกค้างเกิดขึ้น

2.4 ควรมีการประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการ

จัดการขยะที่มีสิ่งแฉะลื้อม และความปลอดภัย จัดทำขึ้นเพื่อหาช่องว่างระหว่างแนวทางที่กำหนด และสิ่งที่ปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากกรณีศึกษาครั้งนี้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพัฒนาบุคลากรในสังกัดให้มีความรู้ความเข้าใจและมีความตระหนักต่อการคัดแยกมูลฝอย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มกรรมการบริหารโรงพยาบาล และกลุ่มคณาจารย์ผู้รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อและทำความสะอาด โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการถือปฏิบัติอย่างยั่งยืนและเพื่อนำความรู้ไปอธิบายให้กับประชาชนและผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119, ตอนที่ 86 ก. (ลงวันที่ 5 กันยายน 2545).
- กรมควบคุมมลพิษ. คพ. แผนปี 2564 ขยะมูลฝอยลดลงขยะติดเชื้อและขยะอันตรายเพิ่มขึ้น แนะนำการจัดการอย่างถูกวิธี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/pcd_news/20802
- สุคนธ์ เจียสกุล. ความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2544.
- เขมจิรา สายวงศ์เปี้ย. การศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
- อุ๋นเรื่อน ศิรินาถ. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเทรัตนนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2561;4(2):40-52.
- โรงพยาบาลรามาริบัติ. แนวทางปฏิบัติ เรื่องการทิ้งขยะในโรงพยาบาลรามาริบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาล; 2548.
- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. แนวทางการจัดการมูลฝอยและของเสียอันตราย [อินเทอร์เน็ต]. เชียงราย: โรงพยาบาล; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://49.231.15.21/crhfile-load/upload/files/esF256310291338532767.pdf>
- Chartier Y, Emmanuel J, Pieper U, Prüss A, Rushbrook P, Stringer R, et al. Safe management of wastes from health-care activities. 2 nd ed. Geneva: WHO; 2014.
- ยศวริย์ ชัยศรี, เขาวนิจ กิตติธรรกุล, วดี สุขสาโรจน์. การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. ใน: ประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34; 27 มีนาคม 2558; ณ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น; 2558. หน้า 980-8.
- วิริยะภูมิ จันทรสุภาเสนา. ผลของโปรแกรมอบรม “CLEANERS SAFETY” ต่อความรู้และพฤติกรรมการปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2560;18(1):113-22.
- ปานิสรา ศรีดิโรมนต์. การศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [HTTPS://ENV.ANAMAI.MOPH.GO.TH/WEBUPLOAD/MIGRATED/FILES/ENV/N1068_0ECC9DD29C37546E0B64B147D956CD4D_INFECTIOUS040761.PDF](https://env.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/env/n1068_0ecc9dd29c37546e0b64b147d956cd4d_infectious040761.pdf)
- ณัฐนิชา อินทร์ติยะ, สุนันทา เลาว์ณยศศิริ. การเปรียบเทียบองค์ประกอบและอัตราการเกิดขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลขนาดกลางและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กรณีศึกษาจังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;16(1):14-27.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรม
และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวง
The Effect of a Self-management Skill Program for Delaying Kidney Deterioration on
Behavior and Clinical Outcomes with Type 2 Diabetes Mellitus
Muang Suang Hospital

ละองดาว ขุราศรี* ทิพย์วัลย์ ตรีทศ**

Laongdow Kurasri, Tippawan Treetot

Corresponding author: E-mail: ongdow2509@gmail.com

(Received: July 24, 2023; Revised: July 31, 2023 ; Accepted: August 26, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเมืองสรวง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระยะไตเสื่อมระยะที่ 2-3 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกจากเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่ใช้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval (95%CI)

ผลการวิจัย : 1) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.83 คะแนน (95%CI; 1.60, 2.06) 2) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงต่ำกว่า 10.96 mg/ml (95%CI; 4.86, 17.85) ; ความดันโลหิตบน (Systolic Blood Pressure) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีความดันโลหิตบนต่ำกว่า 15.20 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 8.83, 21.56) ; ความดันโลหิตล่าง (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีความดันโลหิตบนต่ำกว่า 16.72 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 10.94, 22.49) ; อัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15.02 มล./นาที/1.73 ตร.ม. (95%CI; 8.79, 21.25); Creatinine ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .011$) โดยมี Creatinine ต่ำกว่า 0.20 mg/ml (95%CI; 0.05, 0.20) และ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมี HbA1c ต่ำกว่า 0.80 mg% (95%CI; 0.52, 1.08)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า Intervention ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; ชะลอไตเสื่อม; ผลลัพธ์ทางคลินิก

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

ABSTRACT

Purposes : To study and compare delaying kidney deteriorate behavior and clinical outcomes with type 2 diabetes mellitus in Muang Suang Hospital.

Study Design : Quasi - experimental study

Materials and Methods : Fifty of subjects were patients with type 2 diabetes and stage 2-3 with inclusion criteria as an experimental group and a control group of 25 each. Data were collected using a questionnaire and a record form from a laboratory instrument used to measure clinical outcomes. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Independent t-test. Statistical significance was set at 95% Confidence Interval (95%CI).

Main findings : 1) After intervention, it was found that the subjects in the experimental group had a statistically significant higher mean score of self-management delaying kidney deteriorate behavior than control group ($p < .001$), with a mean score of 1.83 higher than experimental group (95%CI; 1.60, 2.06). 2) After intervention, it was found that the 8-hour fasting glycemia group was lower than control group ($p < .001$), with 8-hour fasting glycemia lower than 10.96 mg/ml (95%CI; 4.86, 17.85); Systolic blood pressure was lower than control group ($p < .001$) with systolic blood pressure lower than 15.20 mmHg (95%CI; 8.83, 21.56); diastolic blood pressure was lower than the control group ($p < .001$) with systolic blood pressure lower than 16.72 mmHg (95%CI; 10.94, 22.49); The glomerular filtration rate (eGFR) was significantly lower than control group ($p < .001$), with a glomerular filtration rate lower than 15.02 ml/min/1.73 m² (95%CI; 8.79, 21.25); creatinine was lower than control group ($p = .011$), with creatinine lower than 0.20 mg/ml (95%CI; 0.05, 0.20), and HbA1c was lower than control group ($p < .001$), with HbA1c < 0.80 mg% (95%CI; 0.52, 1.08).

Conclusion and recommendations : The results of this study indicated that developed intervention resulted in behavioral change of subjects to slow down deterioration of kidneys. Therefore, relevant agencies should adapt it to improve the quality of life of patients.

Keywords : Self-management; Delaying Kidney Deterioration; Clinical Outcomes

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย เกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตโดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD)¹ สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังประมาณ 7.6 ล้านคน ในจำนวนนี้อยู่ในระยะสุดท้ายกว่า 70,000 คน ที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง รัฐต้องรับผิดชอบค่ารักษาในกลุ่มนี้ปีละกว่าหมื่นล้านบาท² โรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากโรคดำเนินไปถึงระยะไตเสื่อมระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตแบบถาวร ซึ่งค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแล้วประมาณ 240,000 บาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงค่ายาในการรักษา ผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดน้อยลง ทำให้เกิดความเครียด บทบาททางสังคมลดลง และต้องพึ่งพิงครอบครัวในที่สุด³

เช่นเดียวกับสถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาของโรงพยาบาลเมืองสรวงในปี พ.ศ.2562 - 2564 ที่ไม่รวมโรคไตแฝงที่ยังไม่ได้รับการค้นหาและไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 มีจำนวนรวม 636, 497 และ 409 ราย จำแนกตามระยะของโรคไตเรื้อรังเป็นระยะที่ 1 จำนวน 126, 68 และ 29 ราย ระยะที่ 2 จำนวน 193, 107, และ 84 ราย ระยะที่ 3 จำนวน 206, 219 และ 203 ราย stage 4 จำนวน 75,67 และ 62 ราย ระยะที่ 5 ระยะของไตวาย 36, 36 และ 31 ราย ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่รับการบำบัดทดแทนไตมีจำนวน 7, 10 และ 8 รายและมีรายใหม่เกิดขึ้นทุกปี ขณะเดียวกันยังมีข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนี้ ปี พ.ศ.2562 จำนวน 177 ราย ปี พ.ศ.2563 จำนวน 145 ราย และปี พ.ศ.2564 จำนวน

32 ราย เมื่อโรคไตเรื้อรังเกิดใหม่ได้ตลอดเวลา ปัจจัยสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง คือการสนับสนุนให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มที่ดีขึ้น หลักสำคัญคือเน้นการชะลอไตเสื่อมและหัวใจสำคัญของการชะลอไตเสื่อมคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต รวมถึงควบคุมปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานในวิถีชีวิตที่มีผลกระทบต่อการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของโรคได้ ปัจจุบันผู้ป่วยรับรู้และมีความเข้าใจเรื่องโรคแล้วส่วนหนึ่งแต่การปฏิบัติยังจำกัดอยู่เนื่องจากผู้ป่วยยังต้องหาเลี้ยงตัวเอง ครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาเรียนรู้และดูแลตนเอง เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในเวลาที่ถูกต้อง เหมาะสมตามสภาพการเจ็บป่วยขณะนั้นๆ ไม่รู้ใจหายที่ส่งผลกระทบต่อ รู้ไม่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ทันเวลา⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดที่นำมาใช้ได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays⁵ ประกอบด้วยกระบวนการ 1) การติดตามตนเอง (Self - monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self - evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self - reinforcement) เป็นแนวคิดที่มุ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองที่ดี ผู้ดูแลจำเป็นต้องค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเพื่อนำมาช่วยวางแผนแก้ไขปัญหามาให้ตรงจุดและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยมาบูรณาการร่วมกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A (5A's Behavior Change Model Adapted for Self-management) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาเป็นการสนับสนุนให้มีการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีการจัดการตนเองที่ดี นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้เอง ซึ่งนำเสนอโดย Glasgow, Emont and Miller⁶ เป็นรูปแบบที่มีการใช้แก้ไขปัญหามาผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาเฉพาะบุคคลซึ่งประกอบด้วย

1) การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและ 5) การติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จำนวน 60 ราย ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยซีรัมครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างจากกลุ่มควบคุม⁷ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่าผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อัตราการกรองของไต ซีรัมครีเอตินิน และ ความดันซิสโตลิกแตกต่างกัน ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และระดับความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกัน โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระดับ 3-4 และชะลอไตเสื่อมในระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป⁸

จากการทบทวนงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของโรคไต และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยสิ่งสำคัญคือการเน้นให้มีการชะลอความเสื่อมของไต ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองสรวงขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยชะลอไตเสื่อมจากพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเสื่อมระยะที่ 2-3 และมีผลลัพธ์ทางคลินิก มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีวิธีแก้ปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองตามวิถีชีวิตและกฎเกณฑ์สังคมที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบันได้อย่างเหมาะสมและเกิดผลกระทบที่ดีต่อการชะลอไตเสื่อมของแต่ละบุคคล

เข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตซ้าลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเมืองสรวง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) การวิจัยออกแบบเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

พื้นที่ศึกษาวิจัย การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่คลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองสรวง ซึ่งเป็นโรงพยาบาล F2 ขนาด 30 เตียง และให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบต่อเนื่องทุกเพศทุกวัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วอายุอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 2 (eGFR =60-89) – ระยะที่ 3 (eGFR = 30-59) จำนวน 287 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วอายุอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 2-3 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองสรวงที่มารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่องและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ(1) อายุตั้งแต่ 40 ถึง 50 ปี ทั้งเพศชายและหญิง (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า 5 ปี (3) ได้รับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยาชนิดรับประทานพื้นฐานเป็น Metformin, Glipizide (4) ได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตด้วยยารักษาระดับความดันโลหิตชนิดรับประทานพื้นฐานเป็น Amlodipine, Enalapril หรือ Losartan (5) มีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 มิลลิเมตรปรอทถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท (6) อัตราการกรองของไตมากกว่า 30 มิลลิตรต่อนาที และน้อยกว่า 90 มิลลิตร

ก่อนที่ (7) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีภาวะซีมีเศร้า (8) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้และ (9) ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้ (1) แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาจากรับประทานยาชนิดเม็ดเป็นชนิดฉีดอินซูลิน (2) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะกรดคีโตนดั่ง (diabetic ketoacidosis: DKA) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตนคั่ง (Hyperosmolar hyperglycemic syndrome) และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จนต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยขอยกออกจากกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยที่มีผ่านมา เรื่อง ผลของรูปแบบการให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์⁹ ได้ Effect size $d = 0.85$, α err prob = 0.05, Power ($1 - \beta$ err prob) = 0.95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 31 คนเพื่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างในกรณี Dropout 20% เมื่อ n ต่อกลุ่มสำหรับ Experimental study ที่ไม่ตัด Dropout จากการวิเคราะห์ (Intention to treat) เพิ่มเป็น 50 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick – Bays⁵ บูรณาการกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเทคนิค 5 เอ⁶

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลสุขภาพซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลที่มีหน้าที่หลัก ผู้ประกอบอาหาร ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการจัดการอาหาร การใช้อย่างเหมาะสมและปัจจัยที่มีผลต่อการเสื่อมของไต ส่วนข้อมูลสุขภาพประกอบด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาเสื่อมปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต และยาที่รับประทานในปัจจุบัน

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินจากงานวิจัยของศิริลักษณ์ ฤงทอง และคณะ¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ การจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ และการใช้อย่างเหมาะสม 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกหมด ทั้ง 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน

2.3 เครื่องมือตรวจผลลัพธ์ทางคลินิก และเครื่องวัดความดันโลหิต ได้แก่ เครื่องตรวจวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือดชนิดอัตโนมัติ ยี่ห้อ SPINREACT รุ่น SPIN640 Plus เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลกลูโคสจากปลายนิ้ว (Blood Glucose Meter) ยี่ห้อ ACCU-CHEK รุ่น ACCU-CHEK Instant เครื่องตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ตรวจวิเคราะห์สารเคมีอัตโนมัติ ยี่ห้อ Cobas 501 เครื่องตรวจวิเคราะห์สารเคมีในกระแสเลือดและอ่านผลชนิดอัตโนมัติ ยี่ห้อ SPINREACT รุ่น SPIN640 Plus และเครื่องวัดระดับความดันโลหิตแบบปรอท (Sphygmomanometer) ยี่ห้อ NIHON KOHDEN รุ่น SMV 7600 Series

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) แผนการ

สอน เรื่อง การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (Power point) 3) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 4) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และ 5) สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความตรงด้าน พบว่าได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ เครื่องมือ ทั้งชุด (S-CVD) ในครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นการเตรียม 1) เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา 2) จัดทำบันทึกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวงเพื่อขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) หลังจากเสนอโครงการวิจัยและผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอคำแนะนำในการสำรวจคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน

ขั้นการดำเนินการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมจากเบาหวาน และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อมโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเอง โดย (1) การสะท้อนปัญหาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการสร้าง

สัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในครั้งแรก เพื่อเจาะลึกลงไปในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละรายก็จะมีปัญหาที่แตกต่างออกไปจะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนในการส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย พร้อมทั้งแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยและร่วมมือกับผู้ป่วยให้สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ไตเสื่อม (2) การเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคลเพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง (3) การปฏิบัติการจัดการตนเอง และ (4) สรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แจกผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทราบและเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างแรงใจให้กับผู้ป่วย ชื่นชมกับการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และกล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแลหลัก ผู้ประกอบอาหาร โรคประจำตัวอื่นๆ ประสบการณ์การได้รับความรู้คั้นอาหาร การใช้อย่างเหมาะสมและปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลลักษณะทางประชากรที่อยู่ในระดับมาตราส่วนขึ้นไป ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ตัวแปรระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระดับความดันโลหิต ระดับซีรั่มครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วม

โปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test ทั้งนี้ก่อนใช้สถิติ t-test ต้องทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยหาค่า Skewness value และ Kurtosis value เพื่อตรวจสอบการกระจายของข้อมูลและทดสอบ Homogeneity of variance ด้วยสถิติ Levine test ($p=.010$) และนำผลต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกที่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต มาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test หากข้อมูลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 40 ราย) พบว่า $p = 0.821$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE1592564

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	N	Mean(SD)	Mean difference(SE)	95%CI	p
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง					
กลุ่มทดลอง	25	4.20(0.26)	1.83(0.12)	1.60, 2.06	<.001
กลุ่มควบคุม	25	2.37(0.52)			

3. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระดับความดันโลหิต ระดับซีรัมครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับ Intervention group มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้นั้นส่วนใหญ่ 62.0% เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.32 ปี (SD= 8.01) กลุ่มตัวอย่าง 38.0% อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ 80.0% จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (68.0%) มากกว่าครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม (54.0%) รายได้เฉลี่ย 12,670 บาทต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก 2.0% เป็นคู่สามีภรรยาที่ดูแลกันเอง รองลงมา 30.0% เป็นบุตรหลานที่เป็นผู้ดูแล 66.0% จะประกอบอาชีพรับประทานเองที่บ้าน พบเพียง 2.0% ที่ซื้ออาหารจากนอกบ้านมารับประทาน และด้านการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยาคิดเป็น 74.0% และ 84.0% ตามลำดับ ส่วนการได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไตพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ในเรื่องนี้ถึง 56.0%

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.83 คะแนน (95%CI:1.60, 2.06) ดังแสดงในตารางที่ 1

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงต่ำกว่า 10.96 mg/ml (95%CI; 4.86, 17.80) ; ความดันโลหิตบน (Systolic Blood Pressure) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีความดันโลหิตบนต่ำกว่า 15.20 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 8.83, 21.56) ; ความดันโลหิต

ล่าง (Diastolic Blood Pressure) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีความดันโลหิตบนต่ำกว่า 16.72 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 10.94, 22.49); อัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15.03 มล./นาที/1.73 ตร.ม. (95%CI; 8.79, 21.25);

Creatinine ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$) โดยมี Creatinine ต่ำกว่า 0.20 mg/ml (95%CI; 0.05, 0.36) และ Glycated hemoglobin (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมี Glycated hemoglobin (HbA1c) 0.80 mg% (95%CI; 0.52, 1.08) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระดับความดันโลหิต ระดับซีรัมครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean difference(SE)	95%CI	p
Fasting blood sugar(FBS)					
Intervention group	25	119.52(10.78)	10.96(3.03)	4.86, 17.05	.001
Control group	25	130.48(10.66)			
BP_systolic					
Intervention group	25	111.68(9.10)	15.20(3.16)	8.83, 21.56	<.001
Control group	25	126.88(12.94)			
BP_diastolic					
Intervention group	25	71.36(10.49)	16.72(2.87)	10.94, 22.49	<.001
Control group	25	88.08(9.78)			
eGFR					
Intervention group	25	45.99(8.26)	15.03(3.09)	8.79, 21.25	<.001
Control group	25	61.02(13.10)			
Creatinine					
Intervention group	25	1.12(0.25)	0.20(0.07)	0.05, 0.36	.011
Control group	25	1.32(0.28)			
Glycated hemoglobin (HbA1c)					
Intervention group	25	6.19(0.52)	0.80(0.14)	0.52, 1.08	<.001
Control group	25	6.99(0.45)			

วิจารณ์

ผลของการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.83 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลโพธิ์สรวรค์ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ค่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดย หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง¹¹ และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁸

ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกจากการศึกษาครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยใช้การศึกษาแบบ Interventional study แบบ pre- post-test ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม ช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ถึง มกราคม 2563 จำนวน 48 คน โดยมีโปรแกรมแนะนำอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ปัญหาในการใช้โปรแกรมอาหารทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 18 เดือนเป็นมาตรการในการดูแลพบว่า ผู้ป่วยโรคไตระยะ 3a ร้อยละ 66.67 ระยะ 3b ร้อยละ 27.08 และ ระยะ 4 ร้อยละ 6.25 เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.30 อายุเฉลี่ย 72 ปี ก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 48.72 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หลังเข้าคลินิก อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 53.19 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ซึ่งค่าการกรองของไตสูงขึ้น ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 20.67/5.33 mmHg, และไขมัน LDL-c ลดลง และผู้ป่วยที่ประกอบอาหารเอง คุมความดันโลหิตได้ตามมาตรฐานมากกว่าผู้ป่วยที่ซื้ออาหารกิน¹² สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ซึ่งพบว่าหลังจากผ่านโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม และอัตราการกรองของไต (GFR) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม¹³; หลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบการรักษา (ก่อนพัฒนา Median 19.70 (IQR 15.10-29.85) mL/min/1.73m² หลังพัฒนา Median 21.75 (IQR 11.00-44.70) mL/min/1.73 m²) นอกจากนั้นยังส่งผลให้ชะลอการเสื่อมของไตลงได้อย่างมีนัยสำคัญแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล ความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย ได้ดีกว่าก่อนพัฒนา¹⁴

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับปรัชญาวัชร ปรากูผล และคณะ¹⁵ ที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ภายหลังจากหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการทั้งในภาพรวมและรายด้าน และมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลในเลือดสะสม ค่า Blood Urea Nitrogen ค่า Creatinine ลดลง ส่วนอัตราการกรองของไตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถชะลอไตเสื่อมได้ จำนวน 138 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.46

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวงครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาภายใต้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)¹⁶ ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อทำให้บุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays⁵ และรูปแบบสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A (5A's Behavior Change Model Adapted for Self-management) พบว่า สามารถตอบสนองให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ จึงถือได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมนี้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะเป็นตัวผลักดันให้ผู้ป่วยแก้

ปัญหาการชะลอไตเสื่อมได้ตรงประเด็นและตรงตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงได้

กล่าวได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าสามารถพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้จากคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีการกำหนดเป้าหมายจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเกี่ยวกับการใช้ยา และการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น มีการบันทึกประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้านและแกนนำและเครือข่ายมีการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้กำลังใจ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เช่น “ท่านพยายามเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของท่าน เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะต้องเตรียมสำหรับอาหารเองเมื่อออกไปนอกบ้าน หรือในที่ทำงาน เพื่อให้การชะลอไตเสื่อมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษารั้งต่อไปควรติดตามความคงทนของการปฏิบัติตามโปรแกรมในระยะยาว เช่น ระยะ 6 เดือน 12 เดือน หรือ 2 ปี โดยควบคุมกำกับ โดยใช้อัตราการกรองไต (eGFR) หรือสมาชิกในครอบครัว หรือญาติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กรม; 2559.
- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สร.เร่งเปิดคลินิกชะลอไตเสื่อมใน รพ.อำเภอ ไม่ให้เกิดไตวายเรื้อรังเร็วเกิน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2016/01/11551>
- กวีศรา สอนพุด, ลัขวิ ปิยะบัณฑิตกุล. การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(1):101-14.
- โรงพยาบาลเมืองสรวง. งานยุทธศาสตร์. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2564.
- Kanfer FH, Gaelick-Bays L. Self management method. In: Kanfer FH, Goldstein A, editors. Helping people change: A textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon press; 1991. p. 305-60.
- Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five ‘As’ for patient-centered counseling. Health Promotion International. 2006;21(3):245-55.
- สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, นิรุจวรรณ เทรินโบล, ชาญยุทธ ศรีภูวณซ์, วรางคณา ศรีภูวณซ์, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรังสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(3): 229-40.
- พินิตา รัตนศรี. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2): 209-24.
- สุนันทา สุกุลยีนง. ผลของรูปแบบการให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สคร.3. 2560;11(2):61-76.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพมาส ชินวงศ์, เพลินพิศ ฐานีวิพัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.

- วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558;35(1):67-84.
11. สิทธิพงษ์ พรหมแสง. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพ้นสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564;6(3): 63-71.
 12. ธิญญพัทธ์ สุนทรานุกัษ, นวลอนงค์ หุ่นบัวทอง, อังพร แสงอุทัย. ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารชะลอไตเสื่อมในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2563;3(2):86-97.
 13. สุภัตรา พงษ์อิศรานุพร, ศศรส หลายพูนสวัสดิ์, ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2561;37(2):148-59.
 14. กนก เจริญพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(2):543-58.
 15. ปัฐยาวัชร ปรากฎผล, อรุณี ไชยฤทธิ, อุทัยทิพย์ จันท์เพ็ญ, กนกพร เทียนคำศรี, ชนิษฐา แสงทอง, วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์, และคนอื่นๆ. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 7. วารสารแพทย์นาวิ. 2566;50(1):165-88.
 16. Orem DE, Taylor SG, Ren penning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effectiveness of Participatory Learning Program on Knowledge and Practice of
Village Health Volunteers for Taking Care of Hypertension Patients
Roi-Et Hospital

กาญจนา โทหา*

Kanjana Thoha

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

(Received: July 26, 2023; Revised: August 3, 2023 ; Accepted: August 29, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (One group pretest-posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ระยะเวลาศึกษาเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุमान Paired t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 61 - 70 ปี (40.0%) เป็นเพศหญิง (82.9%) สถานภาพสมรสคู่ (42.9%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (51.4%) , อาชีพแม่บ้าน (34.3%) ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 - 20 ปี (37.1%) เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (91.4%) เคยมีประสบการณ์การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (85.7%) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม; ความรู้; การปฏิบัติ; โรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

Purpose : To aimed to investigate effectiveness of the participatory learning program on the knowledge and practice of village health volunteers in caring for hypertensive patients.

Study design : This quasi-experimental study with one group pretest-posttest design.

Materials and Methods : Purposive sampling the research as tools to collect quantitative from 35 volunteer health workers form villages in Roi-Et Hospital. Study between May – June 2566. The research instrument included the participatory learning program on the knowledge and practice of village health volunteers in caring for hypertensive patients. A questionnaire was used to collected data, were divided into three parts: collected for people's demographics data, asked about hypertension knowledge test, and health practice questionnaire were. Analyzed data by statistical software. Descriptive statistics used in this study were frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, and co- correlation coefficient Paired t-test to compare knowledge and practice of health before and after training.

Main findings : The research results found that most of samples were aged between 61-70 years old (40.0%), female (82.9%), marital status (42.9%), educated at the upper secondary/vocational level (51.4%), housewives (34.3%), most of the time of duty as village health volunteers 11-20 years (37.1%), them had experience in caring for patients with hypertension (91.4%), had experience taking care of families with hypertension patients.(85.0%)The sample group had more average scores of knowledge and practice on health care for hypertension after training in the program than before training statistically significant at the 0.05 level.

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in target group having increased knowledge and practice on health care for hypertension.

Keywords : Participatory; Knowledge; Practice; Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกตายก่อนวัยอันควรและกำลังรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตาย¹ จากรายงานข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2562-2565 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.50, 4.33, 3.13 และ 3.31 ตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2563-2565 อำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบอัตราป่วยรายใหม่ 2145.45, 1598.25 และ 1426.06 ตามลำดับ ตำบลในเมืองพบอัตราป่วยรายใหม่ 1821.95, 1268.05 และ 1497.61 ตามลำดับ²

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 7 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนโรงพยาบาล ชุมชนตลาดหนองแคน ชุมชนจันทร์เกษม ชุมชนวัดราษฎร์ศุภกิจ ชุมชนโรงเรียนเมือง ชุมชนหนองหญ้าม้า และชุมชนมั่นคงพัฒนา โดยใช้วิธีการคัดเลือกสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิด

ของโคลบ์(Kolb)³ 4 ขั้นตอน ดังนี้ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เดิม แลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็น สรุปบรรยายความรู้ และกำหนดวิธีการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ดำรงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมความรู้ประสบการณ์ และแนวคิดมาสร้างเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 8 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประสบการณ์การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความรู้ทั่วไป การวัดและการแปลผลค่าความดันโลหิต การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด โดยแบ่งเกณฑ์ของคะแนนเป็นระดับความรู้อิงเกณฑ์ของ Bloom⁴ ดังนี้

ระดับความรู้ดี หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ 80 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

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

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนความรู้ต่ำกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาจากหน้าที่ ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีทั้งหมด 35 ข้อเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติครอบคลุม

กิจกรรม 5 ด้าน คือ ด้านการเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ด้านการให้คำแนะนำ ความรู้ด้านการให้บริการสาธารณสุข ด้านการเป็นผู้นำในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ด้านการประสานงานเพื่อสิทธิประโยชน์ ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปฏิบัติกิจกรรมด้านละ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 35 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง เมื่อท่านได้กระทำทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านได้กระทำทุกครั้งหรือกระทำเป็นครั้งคราว 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านไม่กระทำสิ่งนั้นเลย 1 คะแนน และแบ่งเกณฑ์ของคะแนนเป็นระดับการปฏิบัติตัวในเรื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อิงเกณฑ์ของ Bloom⁴ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติประจำ หมายถึง ได้คะแนนความรู้อย่างน้อย 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป (84-105 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ได้คะแนนความรู้อย่างน้อย 60-79 เปอร์เซนต์ (63-83 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติน้อย หมายถึง ได้คะแนนความรู้น้อยกว่า 60 เปอร์เซนต์ (0-62 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์ไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่ทรงคุณวุฒิ และมีประสบการณ์ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือ วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้โดยใช้วิธี คูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula) KR-20 หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขซึ่งแบบสัมภาษณ์ความรู้ พฤติกรรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.752 และ 0.721 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ขอรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการ

สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 35 คน

2. พบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 35 คน แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัยโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2566 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา ขั้นตอนดังนี้

3.1 ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ระยะเวลาทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคลบ์ (Kolb)³ มีระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประชุมร่วมกันโดยร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เดิม เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและประสบการณ์การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่มโดยแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ของตนเองในการนำความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่มีอยู่เดิมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

1) ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำเสนอและบรรยายเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไป การวัดและแปลผลค่าความดันโลหิต การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำข้อสรุปจากการประชุมกำหนดเป็นวิธีการหรือกิจกรรม ในการดูแล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตามวิธีการปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในส่วนของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. สถิติอนุมาน Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านระยะก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE022/2566 และขออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 61- 70 ปี (40.0%) เพศหญิง (82.9%), สถานภาพสมรสคู่ (42.9%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (51.4%) ประกอบอาชีพแม่บ้าน(34.3%), ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-20 ปี (37.1%), เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (91.4%), เคยมีประสบการณ์การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (85.7%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง(n=35)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	6(17.1)
หญิง	29(82.9)
สถานภาพสมรส	
โสด	7(20.0)
คู่	15(42.9)
หย่า/ร้าง/หม้าย	13(37.1)
อายุ (ปี)	
31 - 40	2(5.7)
41 - 50	5(14.3)
51 - 60	8(22.9)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
61 - 70	14(40.0)
71 - 80	6(17.1)
Mean = 59.68, SD. = 11.00, Min = 33, Max = 76	
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18(51.4)
อนุปริญญา/ปวส.	1(2.9)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10(28.6)
อื่นๆ	6(17.1)
อาชีพ	
เกษตรกร	3(8.6)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11(31.4)
แม่บ้าน	12(34.3)
รับจ้าง	3(8.6)
อื่นๆ	6(17.1)
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปี)	
1-10	16(45.7)
11-20	13(37.1)
21-30	4(11.4)
31-40	1(2.9)
51-60	1(2.9)
Mean = 12.60, SD. = 10.94, Min = 1, Max = 52	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)	
เคย	32(91.4)
ไม่เคย	3(8.6)
ประสบการณ์การดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)	
เคย	30(85.7)
ไม่เคย	5(14.3)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา ก่อนอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ เรื่อง การควบคุมน้ำหนักตัวคือการลดอาหารพวกข้าวแป้ง น้ำตาล และไขมัน การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยควบคุมน้ำหนักและชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (97.1%) รองลงมาเรื่อง การทำสมาธิเป็นวิธีการคลายเครียดที่ดีวิธีหนึ่ง การมองโลกในแง่ดีอารมณ์ขันรู้จักให้อภัยมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดความเครียด (94.3%) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 อันดับแรก

ได้แก่ ค่าระดับความดันโลหิตปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 120 - 90 mmHg (91.4%) รองลงมาคือ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีต่อวันและอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (62.9%) หลังการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่า 50% จำนวนทุกข้อ ส่วนใหญ่ ตอบถูก (100.0%) รองลงมา (97.1%) เมื่อพิจารณาความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนอบรมส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (57.1%) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (40.0%) และหลังอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังอบรมความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (n=35)

ระดับความรู้	ก่อนอบรม	หลังอบรม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	1(2.9)	0(00.0)
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	14(40.0)	0(00.0)
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	20(57.1)	35(100.0)
รวม	35(100.0)	35(100.0)

หลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า

ก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังอบรม

ความรู้	n	Mean	SD.	t	df	p
ก่อนอบรม	35	15.48	2.16	4.824	34	<.001
หลังอบรม	35	19.71	0.51			

3. พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากข้อมูลด้านพฤติกรรมก่อนอบรมให้ความรู้ พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือท่านให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ท่านสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในชุมชน

(77.1%) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ท่านเป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ (22.9%) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนอบรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในระดับสูง (68.6%) รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง (22.9%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนอบรม

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0-62 คะแนน)	3(8.6)
ระดับปานกลาง (63-83 คะแนน)	8(22.9)
ระดับสูง (84-105 คะแนน)	24(68.6)

Mean = 88.62, SD. = 15.24, Min = 57, Max = 105

ข้อมูลด้านพฤติกรรมหลังอบรมให้ความรู้พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (100.0%) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การปฏิบัติทุกครั้งน้อยที่สุด คือเป็นผู้ร่วมดำเนินการสังการ ควบคุมกำกับ

ให้คำแนะนำในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพในชุมชน และเป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ (68.6%) เมื่อพิจารณาพฤติกรรม การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการอบรมอยู่ในระดับสูง (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังอบรม

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0-62 คะแนน)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (63-83 คะแนน)	0(0.0)
ระดับสูง (84-105 คะแนน)	35(100.0)

Mean = 102.34, SD. = 2.05, Min = 97, Max = 105

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ก่อนอบรมมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 88.62 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง (68.6%) และ

หลังการอบรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 102.34 คะแนน อยู่ระดับสูง (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติก่อนและหลังอบรมความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (n=35)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนอบรม	หลังอบรม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0-62 คะแนน)	3(8.6)	0(00.0)
ระดับปานกลาง (63-83 คะแนน)	8(22.9)	0(00.0)
ระดับสูง (84-105 คะแนน)	24(68.6)	35(100.0)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ก่อนอบรมมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมเท่ากับ 88.62 คะแนน และหลังการอบรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 102.34 คะแนน โดยมี

คะแนนเฉลี่ยหลังอบรมมากกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติก่อนและหลังอบรม

พฤติกรรมการปฏิบัติ	n	Mean	SD.	t	df	p
ก่อนอบรม	35	88.62	15.245	5.716	34	<.001
หลังอบรม	35	102.34	2.057			

วิจารณ์

1. ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรรัตน์ วิชา⁵ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองในอาสาสมัครผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิงเชียงใหม่ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอนันต์ พันธัง⁶ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

เพื่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุสำหรับผู้มีอายุ 55-59 ปี อำเภอบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ มีการดำเนินการโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนดำเนินการตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติและการประเมินผลจากการศึกษา พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างเสริมสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนอบรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนทรีย์ คำเพ็งและอรุริรา บุญประดิษฐ์⁷ ได้ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการ

สร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มะลิ โพธิพิมพ์และคณะ⁸ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการสร้าง เสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความรู้: $t = 6.03, p < 0.001, 95\%CI = 0.71-1.40$, ทักษะปฏิบัติ: $t = 5.80, p < 0.001, 95\%CI = 0.24-0.51$) และสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความรู้: $t = 4.30, p < 0.001, 95\%CI = 0.71-2.09$, เจตคติ: $t = 0.01, p = 0.005, 95\%CI = 0.02-0.13$, การปฏิบัติ: $t = 8.17, p < 0.001, 95\%CI = 0.48-0.79$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ และทัศนคติในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อประโยชน์ในการสร้างเสริมสมรรถนะ และการสร้างทัศนคติที่ดีให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ควรเชิญภาคีเครือข่ายอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมด้วย และควรศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้โรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขอขอบพระคุณนายก

เทศมนตรีเมืองร้อยเอ็ดที่อนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ให้การสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารรณรงค์ วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: [http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี 2561_61.pdf](http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี2561_61.pdf)
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานมาตรฐานกลาง 43 แพ้ม. กลุ่มรายงานมาตรฐาน. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
3. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. 2nd ed. USA: Pearson Education; 2015.
4. Bloom BS, Madaus GF, Thomas JH. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
5. เพชรรัตน์ วิษา. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในอาสาสมัครผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิงเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
6. อนันต์ พันธงอก. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ สำหรับผู้มีอายุ 55-59 ปี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(5):854-64.
7. สุนทรีย์ คำเพ็ง, อธิธา บุญประดิษฐ์. ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุน

ทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบล
ดงตะงาว อำเภอตอนพุด จังหวัดสระบุรี. วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2553;22(3):112-23.

8. มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยชัชชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว,
จิรวุฒิ กุจะพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริม
พฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติ
สร้างเสริมสุขภาพในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัด
นครราชสีมา.วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา.
2562;14(1):119-30.

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อองค์ประกอบผลลัพธ์ ทางคลินิกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

Development of a Health Behavior Modification Model at Risk Personnel to the Clinical Outcome Component of Metabolic Syndrome

จิราชัย เสน่ห์วงศ์* ดวงเดือน ศรีมาดี** ทิพย์วัลย์ ตรีทิศ*** นิธิมา มงคลชู****

Jirachai Sanaewong, Duangdean Srimadee, Tippawan Treetot, Nithima Mongkolchoo

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

(Received: July 27, 2023; Revised: August 5, 2023 ; Accepted: August 30, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพ สร้างรูปแบบ ทดลองใช้และประเมินผล
รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research: PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 45 คนการดำเนินการ
เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ นำรูปแบบสู่การปฏิบัติ และประเมินและสะท้อนผล ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม –
มีนาคม 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage difference

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 45 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (57.80%)
อายุเฉลี่ย 45.75 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 69.49 กิโลกรัม เส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.80 เซนติเมตร ไม่สูบบุหรี่ (86.80%) ความรู้และ
เจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและจัดการ
ความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสม 2) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การสอน
และฝึกทักษะการออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมาย การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้ซ้ำในส่วนที่ขาด
การใช้ต้นแบบ การติดตามทางไลน์หรือโทรศัพท์ และการจัดกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องและประเมินผล และ 3) ผลลัพธ์
หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มเสี่ยงเมตาบอลิกซินโดรม มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น (15.23%) ความรู้เกี่ยวกับ
การบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น (12.55%) การจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น (4.76%) การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (2.95%) และเจตคติ
ต่อการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น (2.76%) และเส้นรอบเอวลดลง (4.76%) ค่าไตรกลีเซอไรด์ลดลง (11.35%) ระดับน้ำตาล
ในเลือด (FBS) ลดลง (6.73%) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง (3.05%) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง (3.12%) และ
ค่าไขมันเอชดีแอลเพิ่มขึ้น (8.61%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยง; ผลลัพธ์ทางคลินิก; ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

*นายแพทย์ชำนาญการ **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ****นักโภชนาการชำนาญงาน

ABSTRACT

Purposes : To study problem situations and health care behaviors, create a model, test and evaluate a health behavior modification model at risk personnel.

Study design : Participatory Action Research; PAR.

Materials and Methods : Forty-five of target risks group were at risk of metabolic syndrome. Three phases an implementation were divided into: preparation phase, Implementation phase and evaluation and reflection phase. The research was conducted from January to March 2021. Data were collected using a questionnaire, guidelines for group discussion and data recording. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and percentage difference.

Main findings : 1) Problems of situations, and health behaviors; Forty-five of all risk groups, the most of them were women (57.80%), mean age 45.75 years, mean weight 69.49 kilograms, mean waist circumference 88.80 centimeters, and non-smokers (86.80%). The knowledge and attitude about eating food were moderate, eating behavior, exercise and stress management were at appropriate levels. 2) the health behavior modification model consists of educational activities, teaching and practicing exercise skills, setting goals, joining groups to exchange experiences, repeat knowledge in parts that were lacking, prototypes, follow up online or by phone, and physical activity continued and evaluated. 3) And after intervention, it were found that the metabolic syndrome risk group were increase 15.23% of increase in eating behavior, 12.55% of increase in knowledge about food consumption, a 4.76% of increase in stress management, 2.95% of increase in exercise, and 2.76% of increase in food intake attitude, and 4.76% of decrease in waist circumference and 11.35% of decrease in triglyceride value, 6.73% of decrease in blood sugar levels (FBS) and 3.05% of decrease in systolic blood pressure, 3.12% of diastolic blood pressure decreased and 8.61% of increase HDL cholesterol.

Conclusion and recommendations : The research resulted in improved health behaviors and clinical outcomes.

Keywords : Health behavior modification; Risk personnel; Clinical outcome; Metabolic syndrome

*Medical Physician, Professional Level.**Registered Nurse, Senior Professional Level.

*** Registered Nurse, Professional Level.**** Nutrition Officer, Experienced Level.

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) หรือโรคอ้วนลงพุง เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความผิดปกติด้านการเผาผลาญพลังงาน (Metabolism) ที่ประกอบด้วยอ้วนลงพุง (Central obesity) ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด (Impaired Fasting Blood Glucose) และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ร่วมกับการมีไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีอัตราการความชุกเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ¹ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2558 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก จำนวน 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน ข้อมูลสถิติในประเทศไทยพ.ศ.2557 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 44.70 และ 43.21 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคดังกล่าว อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 397.24 ในปีพ.ศ. 2554 เป็น 427.52 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2557 และอัตราเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากอัตรา 20.78 ในปีพ.ศ. 2551 เป็นอัตรา 31.69 ในปีพ.ศ.2555²

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเมืองสรวงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในปีงบประมาณพ.ศ.2563 มีบุคลากร จำนวน 120 คน ผลการตรวจสุขภาพประจำปีพบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงมากกว่า 100 mg/dl จำนวน 19 คน พบว่ามีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 48 คน รวมจำนวนผู้ที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 67 คน คิดเป็น 55.83% ของบุคลากรทั้งโรงพยาบาล³ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีสุขภาพดี และไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร

กลุ่มเสี่ยงต่อองค์ประกอบผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกที่ติดต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สร้างรูปแบบ ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม – มีนาคม 2564 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ (Pre-Action Phase) เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหา จัดทำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดทำคู่มือบันทึกพฤติกรรมรายบุคคล และจัดทำแผน/แนวทางแก้ไขปัญหา ดำเนินการดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลเมืองสรวงที่ตรวจสุขภาพประจำปีพ.ศ.2563 พบว่ามีค่าของผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจเลือดมีความผิดปกติอย่างน้อย 1 อย่างขึ้นไป ดังนี้ มีค่าไขมันโคเลสเตอรอลมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าไขมันแอลดีแอลมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าไขมันเอชดีแอลในผู้ชายน้อยกว่า 45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าไขมันเอชดีแอลในผู้หญิงน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่าเส้นรอบเอวในผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร หรือค่าเส้นรอบเอวในผู้หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร และค่าความดันโลหิตมากกว่า 130/85 mmHg ได้กลุ่มเป้าหมายจำนวน 45 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการวิจัยในระยะที่ 1 คือ

1) แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

9 ข้อ เป็นแบบให้เลือกรับตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 15 ข้อ เป็นแบบตอบ ถูก/ผิด ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการบริโภคอาหาร 20 ข้อ ให้เลือกรับตอบตามความคิดเห็น ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 18 ข้อ ให้เลือกรับตอบ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการออกกำลังกาย 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการจัดการความเครียด 10 ข้อ ให้เลือกรับตอบ ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือคำนวณหาค่า IOC คัดเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไป นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขแล้วเรียบเรียงจัดทำแบบสอบถามแล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลเมืองสรวงที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย 30 คน นำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ หาค่าความเชื่อมั่นของความรู้ โดยใช้สูตร KR-21 ของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson) เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้เท่ากับ 0.69 ความเชื่อมั่นของแบบวัดเจตคติต่อการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.72 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ 0.65 และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอารมณ์เท่ากับ 0.68

(2) แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ ความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน และแนวคำถามเกี่ยวกับการตีตราและอุปสรรค

(3) สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด แถบตรวจน้ำตาล เครื่องตรวจระดับไขมันในเลือด และทะเบียนการบันทึกข้อมูล

3) จัดประชุมเพื่อแจ้งผลการตรวจสุขภาพประจำปี แบบรายกลุ่ม รายบุคคล และแปรผลการตรวจสุขภาพ

ให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบ

4) ให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการจัดการความเครียด

5) จัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 12 คน เพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

6) วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ percentage difference

7) ผู้วิจัยร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก 3อ2ส⁴ และร่างคู่มือบันทึกการปรับพฤติกรรม

8) จัดประชุมคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ ร่วมกันปรับปรุงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและคู่มือบันทึกพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมปรับปรุงประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 1 คน นักการแพทย์แผนไทย 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน รวม 8 คน

9) ส่งรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมฉบับร่างและคู่มือการบันทึกพฤติกรรมฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 คน คือ แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน และนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 คน นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงให้สมบูรณ์มากขึ้น

ระยะนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ (Action Phase)
ออกแบบวิจัยเป็นรูปแบบแผนการทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental design) แบบ One group pretest-posttest Design กลุ่มเป้าหมาย 45 คน เลือกแบบเจาะจงและสมัครใจ เครื่องมือวิจัยระยะนี้ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง คู่มือบันทึกพฤติกรรมและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จากระยะเตรียมการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในระยะเวลา

12 สัปดาห์

ระยะประเมินผล (Observe) และสะท้อนผลเพื่อการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม (Reflect) เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจาก ระยะเตรียมการ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลัง การพัฒนา ดังนี้ (1) ความรู้ในการบริโภคอาหาร (2) เจตคติ ต่อการบริโภคอาหาร (3) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (4) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (5) พฤติกรรมการจัดการ ด้านอารมณ์ (6) องค์ประกอบทางคลินิกของภาวะ เมตาบอลิกซินโดรม คือ ค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ค่าไขมันเอชดีแอลในเลือด ค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโต ลิกและค่าเส้น รอบเอว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเบื้องต้น คือ จำนวน ร้อยละ percentage difference ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0142564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (57.80%) อายุเฉลี่ย 45.75 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 69.49 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.46 เซนติเมตร ค่าเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.80 เซนติเมตร จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (40.00%) ญาติสายตรงป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง (31.10%) และเบาหวาน (28.90%) ไม่สูบบุหรี่ (86.80%) สูบบุหรี่จำนวน 2-10 มวนต่อวัน จำนวน 6 คน ก่อนการพัฒนามีความรู้ใน ระดับปานกลาง (57.80%) เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (64.40%) พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับ เหมาะสม (93.30%) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ใน ระดับเหมาะสม (73.31%) และพฤติกรรมการจัดการ ความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสม (51.10%)

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย (1) กิจกรรมการจัดประชุม เพื่อคืนข้อมูลผลการตรวจสุขภาพแบบรายกลุ่มและ รายบุคคล ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย ค่าผลการตรวจเลือด Lipid profile (Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL), FBS, Systolic blood pressure, Diastolic blood pressure ค่าเส้นรอบเอว ประเมินปัญหาสุขภาพบุคคลแจ้งให้เจ้าตัวได้รับทราบ (2) กิจกรรมจัดประชุมคืนข้อมูลแบบกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ของกลุ่มเป้าหมาย จากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการจัดการความเครียด ได้ร่วมกันระดมสมองหา ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง (3) ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้อง กับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และร่างสมุด บันทึกรับประทานอาหารและออกกำลังกาย โดยทีม นักวิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำ ข้อมูลมาจัดทำโปรแกรมฉบับร่าง (4) จัดเวทีประชุมนำเสนอ โปรแกรมฉบับร่างให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบและรับฟัง ความคิดเห็น ร่วมกันปรับปรุงโปรแกรมตามมติที่ประชุม (5) จัดกิจกรรมการจัดประชุมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับ โภชนาการที่เหมาะสม การตั้งเป้าหมายรายบุคคล เช่น ค่าน้ำหนักตัวที่ต้องการ สัดส่วนอาหารที่รับประทานใน แต่ละวัน อาหารแลกเปลี่ยน เป็นต้น วิทยากร คือ นักโภชนาการของโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 1.5 ชั่วโมง จัดประชุมถ่ายทอดความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการออก กำลังกายรูปแบบต่างๆ วิทยากร คือ นักกายภาพบำบัด ของโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 1.5 ชั่วโมง ฝึกการ ตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล เช่น เป้าหมายน้ำหนักตัวที่ต้องการ เป้าหมายการออกกำลังกาย เป้าหมายการลดการสูบบุหรี่ เป้าหมายลดการดื่มสุรา เป้าหมายการกำหนดช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร เป็นต้น ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารแบบ Low carbohydrate และ High good fat กำหนดการอดอาหาร เป็นช่วงๆ (Intermittent Fasting) ออกกำลังกายตาม

เป้าหมายที่กำหนดในแต่ละวัน การจัดการความเครียดด้วยตนเองและการพักผ่อน เป็นต้น จัดประชุมกลุ่ม ให้กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 4 สัปดาห์ต่อครั้งๆ ละ 2-3 ชั่วโมง โดยกำหนดต้นแบบจากผู้ที่มีวิถีปฏิบัติตนเองได้ดีเกี่ยวกับการลดระดับน้ำตาลในเลือด การลดน้ำหนัก การลดค่าเส้นรอบเอว เป็นต้น ให้ความรู้ซ้ำเกี่ยวกับอาหารและวิธีการปฏิบัติตัว โดยให้ความรู้ซ้ำเป็นรายบุคคลเฉพาะเรื่องที่ยังปฏิบัติไม่เหมาะสม กำหนดต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเป็นต้นแบบในการเข้ากลุ่มครั้งละ 2-3 คน สร้างกลุ่มไลน์เพื่อการสื่อสารติดตาม ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติตัว หรือให้กลุ่มเป้าหมายสอบถามข้อสงสัยเมื่อมีปัญหาการออกกำลังกายร่วมกันโดยสมัครใจที่บริเวณสนามกีฬาในโรงพยาบาล กำหนดการออกกำลังกายในวันทำการ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที และประเมินผลกลุ่มเป้าหมายทุกคนก่อนเข้ากลุ่มให้มีการชั่งน้ำหนัก

วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ในกลุ่มเป้าหมายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 100 mg/dl ให้น้ำและอาหารเพื่อเจาะ DTX ทุก 4 สัปดาห์ก่อนเข้ากลุ่มและให้กลุ่มเป้าหมาย ทุกคนตรวจ Lipid profile และ FBS ทุก 12 สัปดาห์

3. การทดลองใช้และประเมินผล พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมสร้างขึ้นแล้วนำไปทดลองใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สรุปผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้

3.1 กลุ่มเสี่ยงเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น (15.23%) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น (12.55%) การจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น (4.76%) การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (2.95%) และเจตคติต่อการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น (2.76%) และเส้นรอบเอวลดลง (4.76%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย เจตคติต่อการบริโภคอาหารและเส้นรอบเอว ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	N	$\mu(\sigma)$	ระดับ	%difference
การรับประทานอาหาร				
ก่อนการพัฒนา	45	2.73(0.35)	เหมาะสม	15.23%
หลังพัฒนา	45	3.18(0.32)	เหมาะสม	
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร				
ก่อนการพัฒนา	45	9.80(2.29)	ปานกลาง	12.55%
หลังพัฒนา	45	11.91(2.23)	ปานกลาง	
การจัดการความเครียด				
ก่อนการพัฒนา	45	3.06(.47)	เหมาะสม	4.76%
หลังพัฒนา	45	3.21(.37)	เหมาะสม	
การออกกำลังกาย				
ก่อนการพัฒนา	45	2.19(.41)	เหมาะสม	2.95%
หลังพัฒนา	45	2.29(.35)	เหมาะสม	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\mu(\sigma)$	ระดับ	%difference
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร				
ก่อนการพัฒนา	45	3.52(0.47)	ปานกลาง	2.76%
หลังพัฒนา	45	3.62(0.45)	ปานกลาง	
เส้นรอบเอว				
ก่อนการพัฒนา	45	88.80(8.91)	-	4.76%
หลังพัฒนา	45	82.60(8.15)	-	

3.2 หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงเมตาบอลิกซินโดรม (3.05%) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง (3.12%) และมีค่าไตรกลีเซอไรด์ลดลง (11.35%) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลง (6.73%) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง (3.05%) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น (3.12%) และค่าไขมันเอชดีแอลเพิ่มขึ้น (8.61%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละค่าไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	N	$\mu(\sigma)$	%differences
ค่าไตรกลีเซอไรด์			
ก่อนการพัฒนา	45	170.15(81.28)	-11.35%
หลังพัฒนา	45	144.80(73.64)	
ระดับน้ำตาลในเลือด(FBS)			
ก่อนการพัฒนา	45	97.35(15.16)	-6.73%
หลังพัฒนา	45	88.20(13.79)	
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก			
ก่อนการพัฒนา	45	118.33(10.52)	-3.05%
หลังพัฒนา	45	114.78(20.28)	
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก			
ก่อนการพัฒนา	45	72.91(8.20)	-3.12%
หลังพัฒนา	45	69.60(7.34)	
ค่าไขมันเอชดีแอล			
ก่อนการพัฒนา	45	53.00(14.92)	8.61%
หลังพัฒนา	45	57.77(19.13)	

วิจารณ์

ผลการศึกษาศาสนาการณปัญหาและพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนพรเขตอุดมศักดิ์ที่รายงานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2564 พบว่าบุคลากรทั้งหมดจำนวน 1,385 คน ได้รับการตรวจสุขภาพจำนวน 1,185 คน มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 226 คน ปี 2563 บุคลากรทั้งหมดจำนวน 1,469 คน ได้รับการตรวจสุขภาพ 1,254 คน มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 225 คน และปี พ.ศ.2564 บุคลากรทั้งหมดจำนวน 1,378 คน ได้รับการตรวจสุขภาพจำนวน 1,227 คน มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 250 คน^๕ ในทำนองเดียวกับการศึกษาศาสนาการณของปัญหาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น 40 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.50%) อายุ 46-55 ปี (52.51%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (65.00%) ปฏิบัติงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (45.00%) รายได้ 35,001-45,000 บาทต่อเดือน (45.00%) ญาติพี่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน (57.50%) โดยมีญาติสายตรงซึ่งเป็นมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด (39.13%) ไม่มีโรคประจำตัว (67.50%) ไม่ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (75.00%) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (92.50%)^๖

ผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การสอนและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมาย การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้ซ้ำในส่วนที่ขาดการใช้ต้นแบบ การติดตามทางไลน์หรือโทรศัพท์ การจัดกิจกรรมทางกายต่อเนื่องและประเมินผล สอดคล้องกับโปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของอัจฉราวดี เสนีย์และคณะ^๗ ที่ได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตตามแนวทาง DASH

และการออกกำลังกายใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนักปานกลาง และวิธีการจัดการความเครียด กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการให้สัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดการติดตามกระตุ้นและให้กำลังใจ กิจกรรมส่งเสริมอิทธิพลด้านสถานการณ์ ผู้วิจัยใช้การสะท้อนความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และให้กลุ่มทดลองนำไปเป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และกิจกรรมส่งเสริมความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้กลุ่มทดลองได้ลงนามความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตน; กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม^๘; โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องโรค Metabolic ความรู้เรื่องโรค การฝึกปฏิบัติเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการกินยาและพบแพทย์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกำหนดพันธสัญญา และการสังเคราะห์ทวนสอบ^๙

หลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้และประเมินผลพบว่า กลุ่มเสี่ยงเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพิ่มขึ้น (15.23%) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น (12.55%) การจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น (4.76%) การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (2.95%) เจตคติต่อการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น (2.76%) และเส้นรอบเอวลดลง (4.76%) และมีค่าไตรกลีเซอไรด์ลดลง (11.35%) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลง (6.73%) ค่าความดัน

โลหิตซิสโตลิกลดลง (3.05%) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง (3.12%) ค่าไขมันเอชดีแอลเพิ่มขึ้น (8.61%) ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของไชยยาจักรสิงห์โต¹⁰ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับงานวิจัยของพรฤดี นิธิรัตน์, และคณะ¹¹ ที่พบว่าหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีน้ำหนัก รอบเอว และระดับไขมันในเลือดลดลง และมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสูงขึ้น; กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีแนวโน้มดีขึ้น¹²; ค่าดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระยะเริ่มต้นศึกษา¹³

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเวทีประชุมนำเสนอโปรแกรมฉบับร่างให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบและรับฟังความคิดเห็น ร่วมกันปรับปรุงโปรแกรมตามมติที่ประชุม หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมการจัดประชุมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม การตั้งเป้าหมายรายบุคคล เช่น ค่าน้ำหนักตัวที่ต้องการ สัดส่วนอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน อาหารแลกเปลี่ยน เป็นต้น จัดประชุมถ่ายทอดความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ วิทยากรฝึกการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล เช่น เป้าหมายน้ำหนักตัวที่ต้องการ การออกกำลังกาย ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุรา การกำหนดช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร เป็นต้น ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารแบบ Low carbohydrate และ High good fat กำหนดการอดอาหารเป็นช่วงๆ (Intermittent Fasting) การจัดการความเครียดด้วยตนเอง และการพักผ่อน เป็นต้น จัดประชุมกลุ่มให้กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 4 สัปดาห์ต่อครั้ง ละ 2-3 ชั่วโมง โดยกำหนดต้นแบบจากผู้ร่วมวิจัยที่ปฏิบัติตนเองได้ดีเกี่ยวกับการลดระดับน้ำตาลในเลือด การลดน้ำหนัก การลดค่าเส้นรอบเอว เป็นต้น ให้ความรู้ซ้ำเกี่ยวกับอาหารและวิธีการปฏิบัติตัว โดยให้ความรู้ซ้ำเป็นรายบุคคลเฉพาะเรื่องที่ยังปฏิบัติไม่เหมาะสม กำหนดตัวแบบในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเป็นตัวแบบในการเข้ากลุ่มครั้งละ 2-3 คน สร้างกลุ่มไลน์เพื่อการสื่อสารติดตามให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติตัว หรือให้กลุ่มเป้าหมายสอบถามข้อสงสัยเมื่อมีปัญหา การออกกำลังกายร่วมกันโดยสมัครใจ ที่บริเวณสนามกีฬาในโรงพยาบาล กำหนดการออกกำลังกายในวันทำการ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้งๆ ละ 30- 45 นาที และประเมินผลกลุ่มเป้าหมายทุกคนก่อนเข้ากลุ่มให้มีการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ในกลุ่มเป้าหมายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 100 mg/dl ใ้ทั้งคืนและอาหารเพื่อเจาะ DTX ทุก 4 สัปดาห์ก่อนเข้ากลุ่มและให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนตรวจ Lipid profile และ FBS ทุก 12 สัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ความรู้พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประเด็น เช่น การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การจัดการกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการเป็นกลุ่มหรือทีม การเน้นตัวแบบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก สามารถนำไปใช้ในวิถีชีวิตประจำวันกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลความคงทนของพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน 12 เดือน น่าจะช่วยให้ผลลัพธ์ของโปรแกรมมีการปรับเปลี่ยนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ละอองดาว คำชาติตา, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, อัมพร พรรณม ชีรานูตตร. โรคอ้วนลงพุง: สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(4):385-95.

2. สุวรรณามณีนิเวทย์. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านระบบเครือข่ายสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(1):47-60.
3. โรงพยาบาลเมืองสรวง. สรุปรายงานการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ.2563. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2563.
4. กรมอนามัย. คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง (DPAC) สำหรับสถานบริการสาธารณสุข.นนทบุรี: ทีเอส อินเตอร์พรีน; 2561.
5. โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีปรับปรุงผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. ชุมพร: โรงพยาบาล; 2565.
6. คเชนทร์ ชาญประเสริฐ. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(2): 133-45.
7. อัจฉรวาทิ เสนีย์, สมคิด ชำทอง, วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์. 2564;10(4):55-70.
8. สำราญ กาศสุวรรณ, ทศนีย์ บุญอริยเทพ, รุ่งกิจ ปินใจ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร่องเข้ อำเภอร่องวาง จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2565;30(2):27-42.
9. วาสนา สุริสาร. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยวอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(1): 39-47.
10. ไชยยา จักรสิงห์โต. ประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน [วิทยานิพนธ์]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2560.
11. พรฤดี นิธิรัตน์, ราตรี อร่ามศิลป์, จารุณี ขาวแจ้ง, วรณศิริ ประจันโน, เสาวภา เล็กวงษ์, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูง ในจังหวัดจันทบุรี: กรณีประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(6): 1025-34.
12. อภิสรา ตามวงศ์, วราภรณ์ บุญเชียง, เตชา คำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2561;48(2):232-43.
13. กอบกุล กลีบบัว, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, นริมาลย์ นีละไพจิตร, สุกัญญา ตันติประสพลาภ. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนต่อภาวะโภชนาการในสตรีสูงอายุที่เสี่ยงต่อเมแทบอลิกซินโดรม. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(1):27-37.

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Continuity of Care Model with Community Participation for Bed Bound Elderly at Muang Roi-Et

ปิยพร ศรีพนมเขต*

Piyaporn Sripnomket

Corresponding author: E-mail: Piyaporn744@gmail.com

(Received: July 28, 2023; Revised: August 3, 2023; Accepted: August 31, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน และผู้สูงอายุติดเตียง ที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันจำนวน 7 คน ญาติหรือผู้ดูแล 7 คน ภาควิชาพยาบาลในชุมชนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน 7 คน และผู้นำชุมชน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 35 คน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – เดือนสิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการมีส่วนร่วม แบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนการพัฒนาแบบ 5P1E คือ 1) P : Prepare ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหา 2) P : Policy นโยบายวัตถุประสงค์ 3) P: Project กิจกรรม 4) P: Process จัดระบบบริการต่อเนื่อง จัดการความรู้ 5) P: Participation บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน 1E: Evaluation ติดตามประเมินผลพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และหลังการฝึกอบรม พบว่า (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($p < .004$) (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากกว่า 80.00% และ (3) ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 2 ราย (28.60%) และระดับปานกลางจำนวน 5 ราย (71.40%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่พบผู้สูงอายุติดเตียงที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีเลย ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจทักษะการดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่อง; ผู้สูงอายุติดเตียง; การมีส่วนร่วม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To development of continuity of care model with community participation for bed bound elderly at Muang Roi-Et.

Study design : Action research design.

Materials and Methods : We obtained 35 from the key informants;13 were professional nurses, were 7 bed bound elderlieswho needed assistance in daily activities, were 7 relatives or careers, and were 7 community network partners who were community health volunteers, one person per community.The period of operation was from October, 2022 to August, 2023. Data were collected using the interview questionnaire, questions for group discussions participation observation form activity record form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

Main findings : A model of continuous care with community participation for bed bound elderly, Six were processes 5P1E model were divided in 1) P : Prepare 2) P : Policy 3) P: Project 4) P: Process 5) P: Participation 1E: Evaluation. And after intervention, it was found that (1) caregivers had a higher mean score of knowledge and understanding about caring for bed bound elderlies than before training ($p<.004$); (2) The mean score of caring skills for bed bound elderlies were more than 80% and (3) Twobed bound elderlieshad good quality of life, representing 28.60 % and 5 moderate cases, representing 71.40%. However, it was noteworthy that none of bed bound elderlies had poor quality of life. In terms of community participation, knowledge, attitude and overall practice in elderly health care were at a high level.

Conclusion and recommendations : The results of this research, it resulted in subject group having knowledge, understanding, caring skills, and bed bound elderlies had a better quality of life.

Keywords : Continuing Care; Bed Bound Elderly; Participation

บทนำ

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลประชากรโลกในปัจจุบันและอนาคตได้มีการคาดการณ์ว่าจะเป็นโลกของผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรโลกจะมีอายุยืนยาวขึ้นและมีอัตราการเกิดน้อยลง ทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าจะมีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปีค.ศ. 2050 ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชน ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา มีแนวโน้มที่จะขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาของการเป็นผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้ จะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงตามมา เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัย การเกิดโรคเรื้อรังและเกิดความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ จนกระทั่งนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิง โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2568 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะเกิดปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพคือ ปัญหาความยากจนและการมีรายได้น้อย ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การเข้ารับบริการทางการแพทย์ลดลงและมีผลต่อภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุในที่สุด ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กล่าวมา จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกใน ปีค.ศ. 2004 พบว่าจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุและจำนวนอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้นดังกล่าวสำหรับประเทศไทยอัตราการพึ่งพิงในปีค.ศ.2000 จาก 14.30 จะเพิ่มเป็น 17.60 ในปีค.ศ. 2010 และ 24.60 ในปีค.ศ. 2020 ตามลำดับ¹

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 820 เตียง มีศูนย์ดูแลต่อที่บ้านกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิมีระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและระบบการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จากข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านในปีพ.ศ. 2563 – 2565 มีแนวโน้มสูงขึ้นจำนวน 1,193, 1,327 และ 1,081 คน ตามลำดับ โดยเฉพาะในปีพ.ศ. 2565 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านมากที่สุดคือกลุ่มผู้

ป่วยติดเตียง จำนวน 354 คน (32.78%) รองลงมาคือผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 223 คน (22.25%)² การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประเภท 3 (กลุ่มติดเตียง) Barthel Activities of Daily Living, ADL) 0-4 คะแนน ร่วมกับมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้บริบทการดูแลผู้ป่วยชุมชนเปลี่ยนไป มีความซับซ้อนในการดูแลเพิ่มมากขึ้นต้องจัดการทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ข้อมูลและอุปกรณ์การแพทย์ หากไม่จัดรูปแบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มภาระรับผิดชอบของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพมากขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และหกล้ม ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนปี พ.ศ.2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 9.81, 15.52 และ 14.64 ตามลำดับ รวมทั้งการดำเนินโรคที่แย่งทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลการลดลงของ ADL ปีพ.ศ.2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 51, 35 และ 34 ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่าในพื้นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้างานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเพื่อเป็นการประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กระบวนการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทอันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

พื้นที่ในการวิจัย 7 ชุมชนเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพ

ชุมชนเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง และ 3) ระยะการประเมินผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการสำรวจความคิดเห็นและความต้องการได้แก่ (1) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 7 คน (2) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบฯเป็นผู้สูงอายุติดเตียงที่มีค่าดัชนีบาร์ธเอลเอดีเอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จำนวน 7 คน กับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน หัวหน้าเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัยจำนวน 13 คน ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 7 คน ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 7 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 7 คน และผู้นำชุมชนที่สนับสนุนจำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 35 คน และ (3) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการทดลองได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้านโภชนาการ การดูแลกิจวัตรประจำวัน ระบบขับถ่าย การเคลื่อนไหว ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักจากหน่วยงานต่างๆ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล หน่วยงานเทศบาล และด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข (Care giver) และเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด (2) แนวทางการสนทนากลุ่มย่อย ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง และ (3) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ใช้รวบรวมข้อมูลสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ประเด็นเกี่ยวกับการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ คือ

(1) ผู้วิจัยสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และญาติผู้ดูแล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คู่ และ (2) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจปัญหาไปวิเคราะห์ต่อ ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ตุลาคม 2565 - เมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรและความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ใช้ความถี่ ร้อยละ และ (2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการดูแลกิจวัตร ด้านระบบขับถ่ายด้านการเคลื่อนไหว และความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2) ระยะดำเนินการพัฒนา (พฤษภาคม – สิงหาคม 2566)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น (1) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องมีดัชนีบาร์ธเอลเอดีเอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จำนวน 7 คน กับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน หัวหน้าเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย จำนวน 13 คน ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 7 คน ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 7 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 7 คน และผู้นำชุมชนที่สนับสนุนจำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอลเอดีเอล (Barthel ADL Index หรือ BAI)³ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI⁴

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ (1) แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอลเอดีเอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) เป็นแบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ ที่สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barhtel เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดิน ขึ้นลงบันได โดยมีคะแนน 0-20 คะแนน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับปรุงนำมาใช้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient = 0.76 และ (2) แบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูก-ผิด 2 ตัวเลือก (3) แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นแบบประเมินทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตามกิจกรรมที่ได้ฝึกอบรมไปแล้ว เพื่อวัดทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามจุดประสงค์ และเนื้อหาบทเรียน และ (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตนัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตโดยผู้ประเมินทัศนียานตรรก และคณะ ได้ทำการพัฒนาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดในหมวด 24 และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป โดยรวมอีก 2 ข้อคำถามหลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้บททวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไป

ทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (1) ในระยะก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนัดประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพอาสาสมัครครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้อง ในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการฯ วิธีการฝึกปฏิบัติกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมถึงการประเมินผล ระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนดำเนินการ (2) ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยทำการฝึกอบรมภาคทฤษฎี โดยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 วัน พร้อมประเมินผลความรู้ (3) ทำการฝึกอบรมภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงเป็นเวลา 1 วันและฝึกจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ พร้อมประเมินทักษะ (4) ดำเนินการจริงตามกระบวนการ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ (5) ระยะสิ้นสุดกระบวนการผู้วิจัยสรุปผลและประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาล ครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยสถิติตามลักษณะของข้อมูลแต่ละส่วน ความรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงฯ โดยการทดสอบความรู้ก่อน-หลังอบรม ใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง และสถิติทดสอบ Paired t-test

3) ระยะการประเมินผล (พฤษภาคม 2566 – สิงหาคม 2566) การประเมินผลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ในแต่ละวงจร ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการ

ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพัฒนา ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล สมรรถนะความรู้ ทักษะของญาติและผู้ดูแลทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย

ระยะประเมินผล คือ (1) แนวทางการสนทนาลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนา (2) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และ (3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลจากการสังเกต การสนทนาอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ รวมทั้งการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 3 คน เพื่อหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI=0.84) ผู้วิจัยจะนำไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์

ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะการพรรณนาความ (Descriptive)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับ

การรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผ่านจริยธรรมเลขที่ RE 049/2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรพบว่า 1) กลุ่มวางแผนพัฒนาทั้งหมด 13 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40-46 ปี (SD= 5.10) รักราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพ

จำนวน 13 คน (100.00%) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ผ่านการอบรมการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 13 คน (100.00%) 2) ผู้สูงอายุติดเตียงทั้งหมด 7 คนส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 6 คน (85.71%) อายุเฉลี่ย 74.28 ปี (SD.=8.40) อายุต่ำสุด 61 ปี อายุสูงสุด 84 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำนวน 4 คน (57.14%) เป็นผู้สูงอายุติดเตียงมาแล้วเฉลี่ย 2.14 ปี (SD.=1.46) ผู้สูงอายุมีสิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง จำนวน 4 ราย (57.14%) มีสมาชิกครอบครัวเฉลี่ย 3 คน (SD.=0.82) และมีผู้ดูแลหลักเฉลี่ย 1 คน (SD.= 0.53) 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 4 คน (57.14%) อายุเฉลี่ย 58.42 ปี (SD.=13.04) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 4 คน (57.14%) นับถีสาศาสนาพุทธ จำนวน 7 คน (100.00%) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 6 คน (85.71%) สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง จำนวน 4 คน (57.14%) ความสัมพันธ์เป็นภรรยาจำนวน 2 คน สามี 1 คน ลูก 1 คน หลาน 1 คน น้องสาว 1 คน และญาติ 1 คน ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 22.86 ชั่วโมง (SD.=3.02) อาชีพเดิมของผู้ดูแลรับจ้าง จำนวน 3 คน (42.90%) อาชีพปัจจุบันรับจ้าง จำนวน 3 คน (42.86%) ไม่มีผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ จำนวน 5 คน (71.43%) ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพจำนวน 4 คน (57.14%) ผู้ดูแลเห็นว่าผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดตีบในสมอง สาเหตุที่ได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลคือมีความเกี่ยวข้องข้องเป็นญาติใกล้ชิด โดยผู้ดูแลมีความจำเป็นที่เป็นภาระที่ต้องดูแลรับรู้ว่าเป็นผู้ดูแลระยะยาว บางครั้งรู้สึกท้อแท้ แต่ก็ปรับตัวได้ ทำหน้าที่หลักในการดูแลเช่น การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ การทำแผลแต่ยังไม่มั่นใจในความถูกต้อง แต่ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยและมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านมาให้คำแนะนำในการดูแล ปัจจุบันกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความสะอาดเข้า-เย็นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง 3 เวลา เปลี่ยนผ้าอ้อมเวลาขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ป้องกันแผลกดทับโดยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง มีความคาดหวังผู้ป่วยอาการคงที่ดีขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องสายให้อาหารทางจมูกหลุดบ่อย ไม่มั่นใจ

ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเช่น การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัวและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงรวมถึงยังไม่ทราบช่องทางการสื่อสารขอความช่วยเหลือเบื้องต้นกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน (85.71%) อายุเฉลี่ย 58.42 ปี (SD.=13.04) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 4 คน (57.14%) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 7 คน (100.00%) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 5 คน (71.42%) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 2.14 ปี (SD.=1.46)

2. ปัญหาและความต้องการสำหรับการดูแลต่อที่บ้าน พบว่า 1) สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง การวิเคราะห์ข้อมูลจากทีมพัฒนาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุติดเตียง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น มีแผลกดทับ ปอดบวม มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มานอนพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทีมผู้วิจัยจึงมีแนวคิดการดูแลต่อเนื่องได้ประเด็นดังนี้ แนวปฏิบัติเดิมในการดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุมตามกระบวนการควรมีแนวปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย ส่งต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่สำคัญมีแนวทางการประสานงานกับเครือข่ายเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในการดูแลผู้ป่วย 2) สภาพปัญหา ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้าน ปัญหาความต้องการในการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้ผู้ดูแลหลักประเมินปัญหาในการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด (90.00%) ด้านการทำความสะอาดร่างกาย (85.00%) ด้านการรับประทานอาหาร (70.00%) ปัญหาข้อยึดติด (70.00%) แผลกดทับ (65.00%) ปัญหาการเคลื่อนไหว (60.00%) ปัญหาการขับถ่าย (55.00%) ปัญหาด้านกายภาพบำบัด (45.00%) ปัญหาในการดูแลเฉพาะ พบว่าการให้อาหารทางสายยาง จากผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องให้อาหารทางสายยาง จำนวน 7 คน เป็นปัญหาในการดูแลทั้ง 7 คน (100.00%) และการดูแล

สายสวนปัสสาวะ จากผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะจำนวน 7 คน (100.00%) มีแผลกดทับ จำนวน 2 คน (28.57%) 3) ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้านโภชนาการ ได้แก่ การป้องกันอาหารและการป้องกันการสำลัก (90.00%) ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร จำนวน 7 คน ผู้ดูแลหลักมีปัญหาในด้านเทคนิคการให้อาหาร การทำอาหารปั่นและการจัดเก็บถนอมอาหาร จำนวน 6 คน (85.71%) ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย (100.00%) ด้านระบบขับถ่าย ได้แก่ การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (80.00%) และการดูแลสายสวนปัสสาวะ (100.00%) ด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ การป้องกันการเกิดข้อยึดติด จำนวน 5 คน (71.42%) และทำแผลกดทับจำนวน 2 คน (28.57%)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จากหน่วยงานต่างๆ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ เทคนิคการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (100.00%) การออกไปฝึกการให้ผู้สูงอายุติดเตียง (5.00%) และการช่วยทำแผลกดทับ (5.00%) โรงพยาบาล ได้แก่ การทำกายภาพบำบัดที่บ้าน (100.00%) และด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข (Care giver) ได้แก่ การช่วยกิจกรรมดูแลผู้ป่วยติดเตียง (85.00%)

3. กระบวนการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ทีมมีการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้ 5P1E Model ซึ่งประกอบด้วย 1) P : Prepare การเตรียมการ การศึกษาสถานการณ์ 2) P: Policy นโยบาย วัตถุประสงค์ 3) P: Project กิจกรรมโครงการ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 4) P: Process การจัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ การจัดการความรู้ 5) P : Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน 6) E:Evaluation การติดตามประเมินผลร่วมกับการดำเนินงานวงจรคุณภาพ PAOR พบว่า กระบวนการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วัตถุประสงค์ (2) กลุ่มเป้าหมาย (3) การจัดการความรู้ (4)

กิจกรรม (5) บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและ (6) การประเมินผล กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วยขั้นที่ 1 ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการฝึกปฏิบัติกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมถึงการประเมินผล ขั้นที่ 2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย และตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (องค์ประกอบที่ 2) ขั้นที่ 3 การจัดการความรู้โดยใช้หลักสูตรการจัดการความรู้ และการฝึกปฏิบัติ

เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงระยะเวลา 1 วัน (องค์ประกอบที่ 3) ขั้นที่ 4 การดำเนินการปฏิบัติจริงในผู้สูงอายุติดเตียงฯ โดยมีพยาบาลดูแลต่อเนื่องและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแล ระยะเวลา 4 สัปดาห์ (องค์ประกอบที่ 4) ในขั้นตอนนี้หากเกิดปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแล ประสานงานตามบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้แจ้งไว้ (องค์ประกอบที่ 5) และขั้นที่ 5 ประเมินผล (องค์ประกอบที่ 6) (ความรู้ผู้ดูแล ทักษะการดูแล และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง) ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง
อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (5P1E)

4. ผลลัพธ์การประเมินกระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า 1) ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบหลังฝึกการอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการฝึกอบรมแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังเข้ารับการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการเข้ารับการฝึกอบรม และมีความรู้หลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.004$) 2) ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.003$) และ 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่าด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนน 96 - 130 จำนวน 2 ราย (28.60%) และระดับปานกลางคะแนน 61 - 95 จำนวน 5 ราย (71.40%) และไม่พบผู้สูงอายุติดเตียงที่คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 26 - 60

วิจารณ์

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง 5P1E Model ซึ่งประกอบด้วย 1) P: Prepare การเตรียมการ การศึกษา สถานการณ์ 2) P: Policy นโยบาย วัตถุประสงค์ 3) P: Project กิจกรรมโครงการ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 4) P : Process การจัดระบบบริการต่อเนื่องประสานทุกระดับ การจัดการความรู้ 5) P : Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน 6) E : Evaluation การติดตามประเมินผล ร่วมกับการดำเนินงานวงจรคุณภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของวารางคณา ศรีภูวนิช และคณะ⁵ ซึ่งพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจคัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) กระบวนการจัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ ;รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างการเข้าถึงบริการ 2) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน 3) ให้ความรู้กับผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุในขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล⁶ ;รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล 2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3) การจัดระบบบริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของ รพ.สต. ฮ่องห้า รพ.แม่ทะและรพ.ลำปาง 4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำจี้และ 5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน⁷

2. ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียงหลังเข้ารับการฝึกอบรมสูงกว่า ก่อนการเข้ารับ การฝึกอบรม และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากกว่า 80.00% สอดคล้องกับงานวิจัยของวิภา เพ็งเสงี่ยม⁸ ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของพิณทิพย์ จำปาพงษ์⁹ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาล ครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนน 96 – 130 จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 และระดับปานกลาง คะแนน 61 – 95 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 และไม่พบผู้สูงอายุติดเตียงที่คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 26 – 60 คะแนน

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการศึกษารายละเอียดของงานวิจัย บริบท และทรัพยากรของพื้นที่ และมีการเตรียมความพร้อมก่อนนำระบบนี้ไปใช้ เช่น 1) ด้านบุคลากร ควรมีการทบทวนแนวทางการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีการประชุมวิเคราะห์ ทบทวน รายงานผลเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป 2) ด้านผู้ดูแลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อให้มีความมั่นใจ โดยเฉพาะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลการติดตามเยี่ยมหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้นมีการติดตามการดูแลเพื่อการพัฒนาต่อไป และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีกระบวนการดูแลและแนวทางการให้ความช่วยเหลือที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์เป็นอย่างดีจากท่านอาจารย์ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินาทร. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ และ ดร.นิสากร วิบูลชัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยนี้ ตลอดจนการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในระหว่างการทำวิจัย รวมถึงการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดและคณะที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการทำกลุ่มทดลองจนให้การสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- นางพิณทิพย์ จำปาพงษ์. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา [อินเทอร์เน็ต]. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางปะกง; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFCENTER4/DRAWER076/GENERAL/DATA0000/00000369.PDF>
- โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน. สถิติรายงานการเยี่ยมบ้าน. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2565.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
- กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรม; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
- วารางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):13-28.
- วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, สีนวล รัตนวิจิตร. รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกุง จังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อการุณย์. 2560;24(1):42-54.
- สมิตรา วิษา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์, และคนอื่นๆ. รายงานผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://164.115.27.97/digital/files/original/00373b3f9d5b85f351756e6b58b496c5.pdf>
- วิภา เพ็งเสียม, พัทธราภรณ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภะ, ศิริรัตน์ จุมจะนะ. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560;18(3):83-95.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Care Model for Alcohol Addiction Problems of Patients by Participation of Multidisciplinary Atsamat Hospital Roi-Et Province

นภัศรณ เชิงสะอาด* อภิญญา นันทบุณยฤทธิ์**

Napatsaporn Choengsa-ard, Aphinya Nunboonyarit

Corresponding author: E-mail: Proy2521@gmail.com

(Received: August 4, 2023; Revised: August 11, 2023; Accepted: September 6, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมวิจัยเป็นสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 27 คน ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน วิเคราะห์ สังเกต บันทึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) ประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ประชุมสหวิชาชีพ 4) จัดทำเครื่องมือ 5) พัฒนารูปแบบ 6) ดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่พัฒนา 7) สังเกตการปฏิบัติและใช้รูปแบบ หลังจากนั้นรูปแบบไปใช้พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 40 ราย ชักช้าขณะนอนโรงพยาบาล (5.00%) ส่งต่อไปรับการรักษา (10.00%) เพื่อพบจิตแพทย์ เมื่อผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุราส่งต่อพยาบาลจิตเวชเข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยความสมัครใจ ผู้ป่วยสมัครใจเลิกสุรา (27.50%) ติดตามดูแลต่อเนื่องพบว่าเลิกสุราได้ (22.50%) เยี่ยมบ้านพบว่าเลิกสุราสำเร็จไม่กลับมาดื่มอีก (2.50%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเสพติดสุรารายการ Approach พยาบาลต้องใช้ทักษะและความพยายามในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงนำมาวางแผนการรักษาได้ถูกต้องครอบคลุม

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; ผู้ป่วยเสพติดสุรา; การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

ABSTRACT

Purpose : To develop and evaluate of care model for alcohol addiction problems of patients by participation of multidisciplinary Atsamat Hospital, Roi-Et Province.

Study design : Participatory Action Research

Materials and Methods : The study participants included 27 multidisciplinary personnel involved in the care. Data were collected using assessments, analyses, observations, recordings, and group discussion from October 2020-September 2021. Data were analyzed using percentage statistics and content analysis.

Main findings : Developing a care model for patients with alcohol addiction problems with the participation of multidisciplinary professionals, consisting of 1) Assessing the patient's problem condition, 2) Planning operations, 3) Multidisciplinary meetings, 4) Creating tools, 5) Developing a model 6) Take care of patients according to the developed model 7) Observe practice and use the model. After Intervention found that 40 patients were admitted, 5.00% had recurrent seizures while hospitalized, and 10.00% were referred for treatment and to see a psychiatrist. Once the patient has passed the alcohol detoxification stage, they will be referred to a psychiatric nurse for voluntary treatment. 27.50% of patients voluntarily quit alcohol. Continuous follow-up and care found that 22.50% had quit alcohol. Home visits found that 2.50% had successfully quit alcohol and did not return to drinking again.

Conclusion and recommendations : Problems in caring for patients with alcohol addiction are difficult to approach. Nurses must use skills and effort in communicating with patients and relatives to obtain true information to plan accurate and comprehensive treatment.

Keywords : Development of model; Alcohol addiction; Participation of multidisciplinary

*Registered Nurse Professional Level, Atsamat Hospital.

**Registered Nurse Practitioner Level, Atsamat Hospital.

บทนำ

การดื่มสุราก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลากหลาย ทั้งความเจ็บป่วย โรคภัย และการบาดเจ็บต่างๆ รวมทั้ง ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาทางกฎหมายมากมาย¹⁻³ จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชาชน พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 55.90 ล้านคน ดื่มสุรา 15.90 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน และเป็นผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุรา สูงสุด กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-49 ปี มีอัตราการดื่มสุรา ใกล้เคียงกัน กลุ่มผู้สูบบุหรี่ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการดื่ม สุราร้อยละ 15.20 สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มสุรต่ำสุด ร้อยละ 13.60⁴ พฤติกรรมการดื่ม สุราที่มีมากขึ้นไปไม่ได้หลายแบบที่เป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยง หรืออันตรายต่อผู้ดื่ม ตั้งแต่การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมา บ่อยๆ ดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตหรือดื่ม จนติดสุรา การดื่มสุราที่มากขึ้นไปนั้นเป็นสาเหตุของความ เจ็บป่วยและก่อปัญหาต่อตัวผู้ดื่มเอง ต่อครอบครัวและต่อ เพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุ พิการ บาดเจ็บ ต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁵

การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 38 ราย มาด้วยชักจากพิษสุรา ร้อยละ 73.68 และเจ็บป่วยด้วย โรคอื่น ร้อยละ 26.32 จากการดูแลพบว่าร้อยละ 90.00 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นเกิดภาวะถอนพิษสุราขณะที่ รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบความเสี่ยงจากการประเมิน ไม่ครอบคลุมในประเด็นการติดสุราของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย ก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ขณะที่ให้การดูแลรักษาใน โรงพยาบาล เกิดภาวะชัก พัลตตกทกล้ม หนีออกจาก โรงพยาบาล เป็นต้น จากการวิเคราะห์พบปัญหาการดูแล เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยโดยรวม ทุกแผนกไม่มีพื้นที่เฉพาะ การดูแลไม่ครอบคลุมเกิดความ เสี่ยง การเฝ้าระวังที่ไม่ดีพอ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วย⁶ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้างาน

พยาบาลผู้ป่วยในที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในทุก ประเภทที่รับไว้ดูแลพักค้างในโรงพยาบาล จึงได้พัฒนารูป แบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา โดยการมี ส่วนร่วมของสหวิชาชีพเพื่อจัดระบบบริการผู้ป่วยให้มีความ ปลอดภัย ครอบคลุมกับสภาพปัญหา และเพื่อให้บุคลากร หรือผู้ให้บริการผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการดูแลรักษา ตามนโยบาย 2P Safety hospital และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา โดยการมีส่วนร่วมของ สหวิชาชีพโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)⁷ ศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัด ร้อยเอ็ด ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย บุคลากรวิชาชีพที่มีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 27 คน จำแนกเป็น แพทย์ 4 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน 11 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2563-กันยายน 2564

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย โดยศึกษาสถานการณ์ ปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยที่มีอาการชักจากพิษสุราและ มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ Deming ตามกระบวนการ PDCA⁸ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติด สุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ในปีงบประมาณพ.ศ. 2563 ดำเนินการในเดือนตุลาคม

2563 เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย 2) วางแผนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยโดยศึกษารูปแบบและการจัดบริการในโรงพยาบาลและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย 3) จัดประชุมสหวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมครอบคลุม 4) จัดทำเครื่องมือในการประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) และแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol revised: CIWA-Ar) 5) พัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Do) ประกอบด้วย 1) ดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ 2) ใช้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดตามขั้นตอนขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยสหวิชาชีพและสื่อสารการประเมินให้ครอบคลุม

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check) ประกอบด้วย 1) ติดตามการใช้เครื่องมือประเมินและดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและการบันทึกให้ครอบคลุม 2) สังเกตการปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย 3) สังเกตการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายและความก้าวหน้าของการดูแล

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงการดำเนินการ (Act) ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาในการใช้เครื่องมือและการประเมินการใช้เครื่องมือในผู้ป่วยแต่ละรายและ 2) ปรับปรุงเครื่องมือและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลอาจสามารถ

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย โดยสรุปติดตามประเมินผลฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราตามรูปแบบที่มีการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ⁹ (11 Pattern of Gordon) 2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา⁵ (Alcohol Use

Identification Test: AUDIT) 3) แบบประเมินอาการขาดสุรา¹⁰ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revised: CIWA-Ar) 4) แบบประเมินความสนใจในการบำบัดเลิกสุรา¹¹ และ 5) แบบประเมินในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน¹¹

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 30 ธันวาคม 2563 หมายเลขรับรอง COE 1392563

ผลการวิจัย

การพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 1 วงรอบของการพัฒนาเป็นระยะโดยผู้ร่วมวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เมื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราจำนวน 38 ราย เข้ารับการรักษาด้วยภาวะชกจากพิษสุรา 73.68% (24 ราย) มารับการรักษาด้วยโรคอื่นแล้วมีอาการของภาวะถอนพิษสุรา 26.32% (10 ราย) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นพบว่า 90.00% (9 ราย) มีอาการถอนพิษสุรา ชกจากพิษสุรา ส่งผลให้พยาบาลมีการเฝ้าระวังไม่ตีพอดูแลไม่ครอบคลุมเพราะมุ่งประเด็นในการดูแลด้วยโรคที่เจ็บป่วยเป็นสาเหตุที่ต้องนอนรักษาพักรักษาในโรงพยาบาล เกิดอุบัติเหตุรณความเสี่ยขึ้นในประเด็น 1) ชกขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล 3 ราย 2) หนีออกจากโรงพยาบาล (Escape) 3 ราย 3) พลัดตกหกล้ม (Falling) 2 ราย และ 4) ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลรักษา 1 ราย พบผู้ป่วย Re-admit เข้าด้วยภาวะถอนพิษสุรา และยังไม่มีการส่งต่อคลินิกเลิกสุรา

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยจัดกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน การประชุมหารือ สนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) นำประเด็นปัญหา

ที่พบจากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาวางแผนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในโรงพยาบาล พร้อมทั้งศึกษาเครื่องมือที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา โดยประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อออกแบบระบบการดูแลให้เหมาะสมโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาได้มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลัง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราก่อนและหลังการพัฒนา

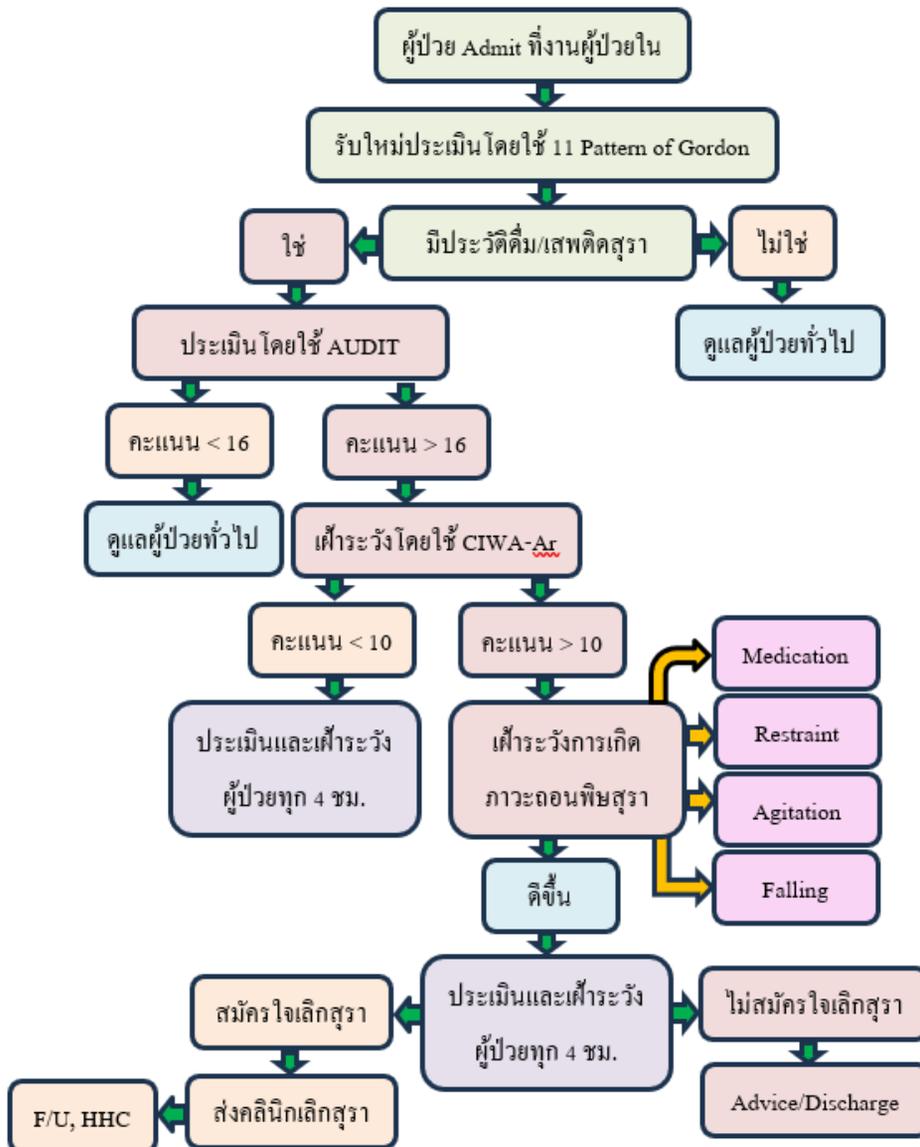
ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
แรกรับ Admitted ประเมินโดยใช้ 11 Pattern of Gordon	แรกรับ Admitted ประเมินโดยใช้ 11 Pattern of Gordon
ซักประวัติผู้ป่วยพบมีประวัติเคยชักจากพิษสุรา ใช้แบบประเมิน CIWA-Ar	ซักประวัติผู้ป่วยพบประวัติดื่มสุรา ใช้แบบประเมิน AUDIT ใช้แบบประเมิน CIWA-Ar
เฝ้าระวังอาการ/อาการที่เปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ถ้าพบภาวะ Agitation Restraining	เฝ้าระวังอาการ/อาการที่เปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ถ้าพบภาวะ Agitation Restraining
ดูแลจน Recovery Advice การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน/ การเลิกสุรา จำหน่าย	ดูแลจน Recovery และวางแผนจำหน่าย และ Advice การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน Consult คลินิกเลิกสุราเพื่อเลิกสุราโดยสมัครใจ จำหน่าย F/U คลินิกเลิกสุราและติดตามเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Do) สหวิชาชีพร่วมจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสื่อสารการใช้ให้ครอบคลุมโดยขั้นตอนในการใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยมีการเรียงลำดับในการใช้ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับคำสั่งการรักษาจากแพทย์ให้นอนพักค้างในโรงพยาบาลเมื่อเข้ามาในหน่วยงานผู้ป่วยใน พยาบาลประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ 11 Pattern of Gordon ถ้าผู้ป่วยให้ประวัติดื่มสุราให้ใช้เครื่อง

มือ 2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) เมื่อมีคะแนนน้อยกว่า 16 คะแนน เฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยทั่วไป ถ้ามีคะแนนมากกว่า 16 คะแนนขึ้นไป ให้ใช้เครื่องมือ 3) แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) เมื่อมีคะแนนน้อยกว่า 10 คะแนนเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีคะแนนมากกว่า 10 คะแนน เฝ้าระวังการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โดยแพทย์ดูแลสั่งใช้ยาตามระดับคะแนนของ CIWA-Ar ที่ประเมินได้ พยาบาลดูแลเฝ้าระวังภาวะ

Agitation และดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยการ Restraint เพื่อป้องกันการ Falling เมื่อดูแลให้การพยาบาลจนผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตวางแผนจำหน่ายโดย Advice การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านทั้งอธิบายถึงพิษของสุรา ผลเสียที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพชี้ให้เห็นโทษจากการรักษาพยาบาลที่ผ่านมา

การคืนสภาพผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและสังคม โดยส่งปรึกษาพยาบาลจิตเวชเพื่อเลิกสุราด้วยความสมัครใจทุกราย ในขั้นตอนนี้พยาบาลจิตเวชร่วมดูแลโดยเข้ามาดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานผู้ป่วยใน ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check) ประกอบด้วย

- 1) ติดตามการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยแรกรับ (11 Pattern of Gordon) โดยในข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพในข้อที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ในประเด็นการดื่มสุรา พยาบาลซักถามประวัติการดื่ม ระยะเวลาที่ดื่ม และปริมาณที่ดื่มให้ครบถ้วนครอบคลุมและบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน ถ้าผู้ป่วยให้ประวัติว่าดื่มสุรา ให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ซึ่งจะ เป็นข้อคำถามถึงประสบการณ์ดื่มสุรา (เครื่องดื่มที่มี Alcohol ทุกชนิด) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและความถี่ในการดื่ม มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 คะแนน ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่า 16 คะแนน ให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ซึ่งเป็นการประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ พร้อมทั้งความถี่ในการติดตามดูแลผู้ป่วย และการพิจารณาให้ยาผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพอาการผู้ป่วยที่ประเมินได้ ซึ่งถ้าประเมินได้คะแนนรวมมากกว่า 10 คะแนน ต้องมีการจัดการให้ยาผู้ป่วย พร้อมทั้งการบันทึกที่ถูกต้องตามเครื่องมือแต่ละประเภทซึ่งจากการตรวจสอบพบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีการใช้เครื่องมือได้ถูกต้องเหมาะสม ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วน สามารถสอบถามข้อมูลทั้งจากผู้ป่วยและญาติได้มีการดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยได้ตามแนวทางที่กำหนด 2) จากการสังเกตการปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย พบว่ามีการจัด Zoning ผู้ป่วยได้เหมาะสมตามระดับการประเมินที่ได้ มีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยได้เหมาะสม และจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมทั้งการให้ยาผู้ป่วย การ Restraints การเยี่ยมตรวจทุก 2-4 ชั่วโมงและสื่อสารญาติให้ร่วมดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยตามแนวทาง 3) สังเกตการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายและความก้าวหน้าของการดูแล

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงการดำเนินการ (Act) ประกอบด้วย 1) พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง และมีการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพทั้งแพทย์และเภสัชกรร่วมใช้

เครื่องมือได้ถูกต้องเหมาะสมทั้งการจัดการด้านยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายตามคะแนนที่ประเมินได้ในแต่ละเวร 2) มีการปรับปรุงเครื่องมือแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ในการประเมินผู้ป่วยและการจัดการให้ปรากฏในหน้าเดียวกันเพื่อสะดวกในการบันทึกและดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งความถี่ในการติดตามและบันทึกตามระดับความรุนแรงของคะแนนที่ประเมินได้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย โดยสรุปติดตามประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราตามรูปแบบที่มีการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราเข้ารับการรักษา จำนวน 40 ราย เพศชาย 90.00% (36 ราย) เพศหญิง 10.00% (4 ราย) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการชักจากพิษสุรา 75.00% (30 ราย) และมาด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น 25.00% (10 ราย) ขณะที่รับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา 37.50% (15 ราย) ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราเป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น 12.50% (5 ราย) และเป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักจากพิษสุรา 25.00% (10 ราย) จากการเฝ้าระวังตามรูปแบบที่พัฒนาไม่พบอุบัติการณ์ Falling พบผู้ป่วยชักซ้ำขณะนอนโรงพยาบาล 5.00% (2 ราย) ส่วนใหญ่มีภาวะ Agitation แต่ไม่มีทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่สามารถควบคุมดูแลได้ มีการส่งต่อไปรับการรักษา 10.00% (4 ราย) เพื่อพบจิตแพทย์เป็นการประเมินร่วมด้วยพยาบาลจิตเวชซึ่งผู้ป่วยมีปัญหาหวิว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน เป็นต้น จากการดูแลผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา มีการส่งต่อพยาบาลจิตเวชทุกรายเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด โดยความสมัครใจ จากการดูแลผู้ป่วยมีผู้ป่วยสมัครใจเลิกสุรา 27.50% (11 ราย) ติดตามดูแลต่อเนื่องที่คลินิก สีขาวพบว่าเลิกสุราได้ 22.50% (9 ราย) และลงติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าสามารถเลิกสุราสำเร็จโดยไม่กลับมาดื่มอีก 2.50% (1 ราย)

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุรา โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพโรงพยาบาลอาจสามารถในครั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบ โดย 1) จัดทำแนวทางในการประเมิน 2) ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในพักค้างในโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ป่วยในมีการนำเครื่องมือการประเมินมาใช้เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมในการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะนอนรักษาพักค้างในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของปริทรรค ศิลปกิจและพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์⁵ ที่ศึกษาเรื่อง AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ที่กล่าวถึงการคัดกรองการดื่มสุราที่มากเกินไป จะช่วยให้บุคลากรสามารถค้นหาผู้ที่ได้รับประโยชน์หากลดหรือเลิกดื่ม ผู้ที่ดื่มสุรามากเกินไปมักไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับปัญหาการดื่มทั้งที่มารับรับบริการสุขภาพด้วยอาการป่วยหรือปัญหาสุขภาพบ่อยครั้ง จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพติดสุราที่พัฒนาขึ้นพยาบาลสามารถเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยที่มีปัญหาเสพติดสุรา; ก่อนที่จะวางแผนโครงการเพื่อป้องกัน ปัญหาการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดในสถานศึกษา ผู้วางนโยบายควรจะต้องมีความเข้าใจ ในตัวปัญหาในลักษณะและขอบเขตของปัญหาในสถานศึกษาเป็นอย่างดีก่อน พฤติกรรม การดื่มสุราและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ ของนักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตาม กระแสสังคมควรมีการสำรวจซ้ำเป็นระยะสม่ำเสมอ¹² สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรามีกการส่งต่อพยาบาลจิตเวชทุกรายเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบสมัครใจ มีผู้ป่วยสมัครใจเลิกสุราได้ 27.50% สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับและคณะ¹³ ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยประเมินเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า

ผู้ป่วยทุกรายสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยในจำนวนนี้สามารถหยุดดื่มได้ถึง 66.67% ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกราย มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

- 1.การใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 Pattern of Gordon, AUDIT, CWA-Ar ผู้ใช้เครื่องมือต้องมีความเข้าใจและสามารถใช้ได้ถูกต้อง
- 2.การใช้เครื่องมือในการประเมิน ผู้ประเมินต้องทำตามลำดับขั้นตอนและสื่อสารทีมในการรักษาผู้ป่วยเพื่อความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สื่อสารแพทย์ให้ทราบเพื่อการสั่งยาให้เหมาะสม เป็นต้น
- 3.การประเมินผู้ป่วยต้องใช้ทักษะในการสอบถามพูดคุย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อใช้ประกอบในการวางแผนการรักษา และใช้เครื่องมือให้ถูกต้อง
- 4.การสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ต้องวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันเป็นระยะเนื่องจากความเป็นปัจเจกของบุคคล
- 5.เมื่อผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุราต้องสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราและชี้ให้เห็นความสำคัญของพิษสุราที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจสามารถส่งผลให้มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทที่เป็นรูปธรรมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson P, Cremona A, Paton A, Turnur C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction*. 1993;88(11):1493-508.
2. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
3. World Health Organization. *Problem related to alcohol consumption: report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO; 1980.
4. ไทยแลนด์พลัส. สำนักงานสถิติฯ เผยผลสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุรา พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ไทยแลนด์พลัส; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thailandplus.tv/archives/61486>
5. บริทรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. *AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันเปเปอร์; 2552.
6. โรงพยาบาลอาจสามารถ. *สถิติการให้บริการผู้ป่วยในปีงบประมาณพ.ศ.2562*. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2562.
7. Holter IM, Schwartz-Barcott D. *Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing?* *J Adv Nurs*. 1993;18(2): 298-304.
8. HREX.asia. *PDCA : ความหมาย ประโยชน์ และตัวอย่างใช้ 4 ขั้นตอนเพื่อพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง* [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: HREX.asia; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/what-is-pdca-210610/>
9. Blogger. *11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน* [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://nursing62.blogspot.com/2019/09/11.html>
10. อังกูร ภัทรากร, ธัญรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูพัฒนานนท์, พัชรี รัตนแสง, วิมล ลักขณาภิชนัชช. *แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์; 2558.
11. กรมสุขภาพจิต. *กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้)*. กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
12. สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, อโนชา หมักทอง, ถนอมศรี อินทนนท์. *รายงานผลการศึกษาเรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.
13. กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สุกุลพรรณ, ดารารวรรณ ต๊ะปันทา. *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา* *โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน*. *พยาบาลสาร*. 2563;47(2):297-309.

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร

The Development of Palliative Care Model for Patients End Stage Renal Disease at Mukdahan Hospital

อารมย์ พรหมดี* นภาพรณ จันเต็ม** มะลิเพย ผิวทอง***

Arom Promdee, Naphawan Chantham, Malipai Pewthong

Corresponding author: Email: arom_mkoy@hotmail.com

(Received: August 4, 2023; Revised: August 12, 2023; Accepted: September 6, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลมุกดาหาร

รูปแบบ : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : แบ่งเป็น 4 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ใช้รูปแบบและ 4) ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 20 คน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 32 คน และญาติผู้ดูแล 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย : พบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มี 3 องค์ประกอบ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติ 2) พัฒนาเครือข่ายพยาบาล และ 3) การพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ผลลัพธ์การใช้รูปแบบด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คะแนนเฉลี่ยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $p < .001$) ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ด้านการปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติ (88.33%) ความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก (Mean=4.35, SD.=0.31)

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบที่พัฒนาส่งผลดีต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ABSTRACT

Purpose : To develop and study results of using a palliative care model for patients with end-stage renal disease at Mukdahan Hospital.

Study design : Research and development study.

Materials and Methods : There were divided into 4 phases: 1) analyze the situation, 2) develop the model, 3) use the model, and 4) evaluate the results of using the model. The purposively selected sample consisted of 20 professional nurses, 32 of patients with end-stage renal disease, and 32 of caregivers. The research instrument is a palliative care model for patients with end-stage renal disease. Data collection tools include: A form for recording and a form for evaluating. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Main findings : The results of research found that model of palliative care for patients with end-stage renal disease has 3 components: 1) developing guidelines, 2) developing a nursing network, and 3) nursing according to Watson's theory of human care. The results of using the patient and caregiver model found that patients had an increased rate of access to services. Patients had a statistically significant decrease in palliative care outcome scores ($p < .01$). The mean score of peaceful end of life for patients and caregivers was significantly higher ($p < .001$; $p < .001$). The satisfaction level of the caregiver with palliative care is at a high level. The nursing side found that compliance with the guidelines was 88.33%. The level of professional nurses' opinions on appropriateness and feasibility of the palliative care model for patients with end-stage renal disease was at a high level (Mean=4.35, SD.=0.31).

Conclusion and recommendations : The developed model has a positive impact on patients and caregivers, which can be used effectively in nursing patients with end-stage renal disease.

Keywords : Palliative care model; Patients with end-stage renal disease

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย 10.50 ล้านคน ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตเนื่องจากข้อจำกัดด้านรายได้ และในระหว่างปี ค.ศ. 1990 – 2017 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายถึงร้อยละ 41.50² และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 15-20 ต่อปี ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษา กว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี ในปี พ.ศ. 2558 พบคนไทยป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร³ และคาดว่าอัตราการป่วยจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นต้นเหตุของการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดการพัฒนากระบวนการสุขภาพสาขาไตไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ 24⁴ และในปี พ.ศ. 2550 ได้ผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถเข้าถึงบริการในการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy : RRT) ทั้งชนิดการล้างไตทางเยื่อช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุบางส่วนปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ถึงแม้จะยืดเวลาการมีชีวิตแต่ไม่อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นเสมอไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 75-80 ปี ขึ้นไป มีโรคร่วมหลายโรคที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะมีอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่เลือกรักษาวิธีประคับประคอง และจากการศึกษาของมอร์ทาร์จซ์และคณะพบว่าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีวิถีการดำเนินโรคที่แตกต่างจากผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นจะมี functional status คงที่และค่อยๆ ลดลงก่อนเสียชีวิต⁵

ซึ่งรูปแบบการดำเนินโรคเหมือนผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มสูงอายุที่มีโรคร่วมและปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งปัจจุบันคนไทยได้รับการคุ้มครองด้านสิทธิส่วนบุคคลเกี่ยวกับการบริการที่พึงได้รับเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตโดยปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ความว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”⁶ เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายยึดถือปฏิบัติ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลมุกดาหารเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง (ระดับ Standard : S) ขนาด 415 เตียง เป็นแม่ข่ายรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย จำนวน 6 แห่ง ในปี พ.ศ.2561-2563 พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต จำนวน 258, 388 และ 410 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁷ จากสาเหตุหลายประการ เช่น 1) แพทย์วินิจฉัยว่าไม่เหมาะสมที่จะได้รับบำบัดทดแทนไต 2) ผู้สูงอายุป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายและไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว 3) รอคอยคิวเพื่อการบำบัดและ 4) ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไตล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{5,9} จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบว่าเป็นกลุ่มที่เคยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตหลังให้คำปรึกษาแล้ว ร้อยละ 65.16 แต่ไม่มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว และไม่มีการบวนการจัดทำ Informed consent หรือ Living will จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการตั้งเป้าหมายการรักษา โดยเฉพาะการหยุดใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนคุณภาพบริการพยาบาล ร่วมกับการศึกษานำร่องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแผนก

อายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษรวม ในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีประเด็นปัญหาด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และด้านบุคคลที่ผู้ให้และผู้รับบริการจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่สามารถนำไปขยายผลในสถานบริการอื่นต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 32 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 32 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษรวม จำนวน 20 คน ศึกษาในโรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 - สิงหาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น คือรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลมุกดาหาร ได้แก่ (1) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (2) การพัฒนาเครือข่าย (3) การพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน¹⁰ จากนั้นนำร่างรูปแบบไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบ่งเป็น 5 ระดับ จากระดับ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึงองค์ประกอบนั้นมีความเหมาะสมน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงองค์ประกอบนั้นมีความเหมาะสมมากที่สุด และปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะจนได้ค่าความตรงทางเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 2 เครื่องมือ

ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (2) แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของพยาบาล (3) ประเมินระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลของพยาบาล (4) แบบประเมินอัตราการเข้าถึงบริการ (5) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) โดยอ้างของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่¹¹ ที่แปลมาจากแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของเฮิร์นและอิกกินสัน มีจำนวน 10 ข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 (6) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patients : PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver : PEOLCS-C เป็นแบบประเมินของพัชรรัตน์ อันสีแก้วและคณะ¹² ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์และมอร์ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด จำนวน 6 ข้อ ด้านการมีประสบการณ์ของความสบายจำนวน 7 ข้อ ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรีจำนวน 7 ข้อ ด้านการอยู่ในความสงบ 6 ข้อ และด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพันจำนวน 6 ข้อ รวมทั้งสิ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วย การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการในเดือนสิงหาคม - กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูล

เชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้ป่วย จำนวน 5 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 5 คน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม 2) สร้างต้นฉบับนวัตกรรม 3) ตรวจสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 4) ปรับปรุงต้นฉบับ 5) ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและ 6) ดำเนินการจนได้ต้นแบบนวัตกรรมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการในเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2564 ดังนี้

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบในประเด็นการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากนั้นสรุปและยกกร่างรูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1) การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 8 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) การประเมินผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อเข้าสู่บริการแบบประคับประคองตามเกณฑ์ที่กำหนด (2) การประเมินผู้ดูแลและครอบครัว (3) การแจ้งข่าวร้าย และการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคอง (4) การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning) (5) การพยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน¹⁰ (6) การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (7) การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูล (8) การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) จัดทำแผนการดูแลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2. ประชุมทีมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทีมรับทราบและให้ข้อเสนอแนะต่อร่างรูปแบบที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

และส่งร่างรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงรูปแบบ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ 1) แนวปฏิบัติ 8 กิจกรรม ที่ปรับปรุงจากการศึกษาของภัทรศร นพฤทธิ์และคณะ⁶ 2) การพัฒนาเครือข่ายพยาบาล PCN, PCWN, PCCN, พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมุกดาหาร 3) การพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน

ระยะที่ 3 การดำเนินการใช้รูปแบบในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 มี 3 กิจกรรม 1) การทดลองใช้กับผู้ป่วย 3 ราย 2) พัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลประคับประคอง (PCN) พยาบาลประคับประคองของหอผู้ป่วย (PCWN) พยาบาลประคับประคองในชุมชน (PCCN) และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษรวม โดยกิจกรรมการเจริญสติ : การฝึกสติผ่านการรับรู้ลมหายใจ วันละ 5 นาทีก่อนปฏิบัติงานในวิถีประจำ กิจกรรมการบรรยายความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและให้พยาบาลพฤติกรรมกรรมการดูแลตามหลักข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีในการดูแลมนุษย์ของวัตสัน โดยวิทยากรผู้วิจัยและทีมที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองและแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง รายกลุ่ม โดยฝึกทักษะที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินการรับรู้ การประเมินสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การประชุมครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทักษะการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ และระหว่างหน่วยงาน ผู้วิจัยเป็นหัวหน้าทีมควบคุม ดูแลฝึกทักษะ สอนแนะนำ มีการประเมินทักษะโดยการสังเกต เกิดนวัตกรรมทางการพยาบาลจากปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการ Pop up ข้อมูลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโปรแกรม HOS xP เพื่อใช้สื่อสารการดูแลในทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการนำโปรแกรม Thai COC มาใช้ในการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เปิดให้บริการคลินิก Palliative care และการสร้างสติในหอผู้ป่วย 3) กิจกรรมให้คำปรึกษา สอน หรือแนะนำเป็นรายบุคคลหรือหน่วยงานที่หอผู้ป่วยโดยผู้วิจัยและ

ทีมที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมุกดาหาร ในการทดลองใช้รอบที่ 1 สามารถสรุปปัญหาและนำสู่การปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติและการนำไปใช้จริงในกลุ่มใหญ่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหอผู้ป่วยพิเศษรวม จำนวน 32 ราย

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - สิงหาคม 2565 ในประเด็น

1. ด้านพยาบาล ประเมินการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของพยาบาล และประเมินระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติ
2. ด้านผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ แบบประเมินอัตราการเข้าถึงบริการ
3. ด้านญาติผู้ดูแล ประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ตามหลักวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วนำเสนอข้อมูลแบบบรรยาย และสรุปเชิงวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนน T-test แบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน Paired- sample T-test นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแปล

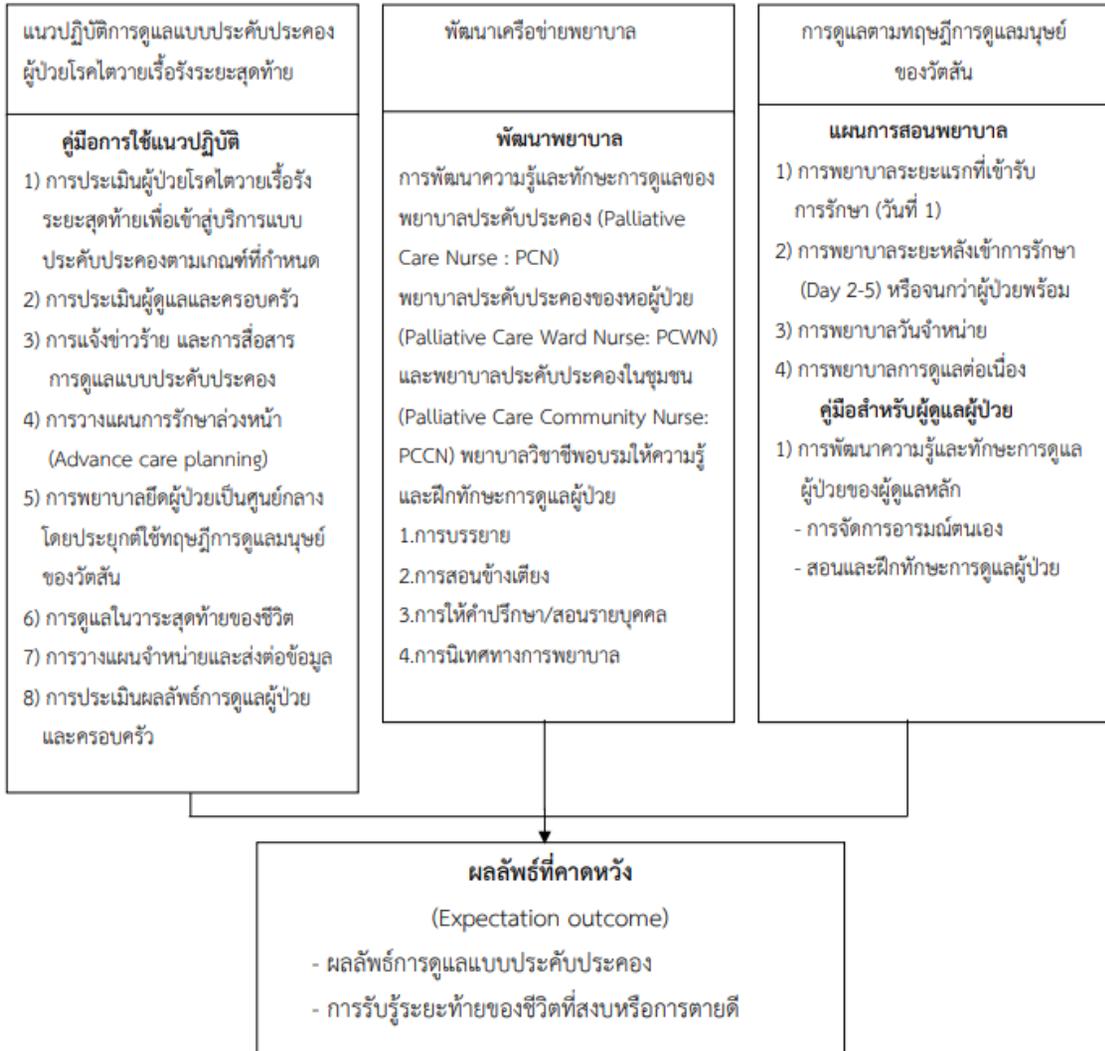
การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร หมายเลขการวิจัย MEC 10/64

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหารประกอบด้วย 1) พัฒนาแนวปฏิบัติ 2) พัฒนาเครือข่ายพยาบาล 3) การดูแลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ดังแสดงในภาพที่ 1

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร จำแนกเป็นด้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 32 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.63%) อายุมากกว่า 60 (83.34%) อายุเฉลี่ย 71.88 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา (84.40%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (71.87%) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (71.87%) และใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (87.50%) มีโรคร่วม คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่จังหวัดมุกดาหาร (96.87%) อัตราการเข้าถึงบริการโดยประเมินเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ภายหลัง

การใช้รูปแบบการดูแล พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 38.46 เป็นร้อยละ 69.23 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Palliative care Outcome : POS) ผลการทดสอบความแตกต่างผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) หลังการใช้รูปแบบการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แสดงถึงผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อการบรรเทาอาการและปัญหาดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยรวม (n=32)

ผลลัพธ์ของการดูแล (POS)	ก่อนใช้	หลังใช้	t	df	p
	Mean(SD)	Mean(SD)			
	2.97(0.35)	1.75(0.16)	8.48	31	$p<.01$

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับการดูแลระยะสุดท้าย การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าสูงกว่าก่อนการใช้

รูปแบบการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลัง การได้รับการดูแลระยะสุดท้าย (n=32)

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	t	df	p
	Mean(SD)	Mean(SD)			
ผู้ป่วย	125.75(24.22)	164.00(12.50)	7.50	31	$<.001$
ญาติผู้ดูแล	119.15(25.48)	167.30(13.14)	8.75	31	$<.001$

จากตารางสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการดูแลในระยษะท้าย ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจึงทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ระยะ

ท้ายของชีวิตที่สงบ

4. ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล พบว่าความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก (Mean=4.10, SD.=0.63) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ความพึงพอใจ	Mean(SD)	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจโดยรวม	4.10(0.63)	มาก

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลมุกดาหาร การพัฒนารูปแบบครั้งนี้ เริ่มดำเนินการโดยวิเคราะห์แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลมุกดาหาร ที่มีอยู่เดิมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้แนวทางการดูแลของสมาคมโรคไตปี พ.ศ.2560¹³ แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก โดยผนวกกับแนวคิดทฤษฎี การดูแลมนุษย์ของวัตสัน และนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 8 กิจกรรม ในระยะนี้เมื่อสุ่มสอบถามพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ยอมรับว่ากระบวนการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต เมื่อการดำเนินโรคมายุ่ระยะท้ายยังมีความแตกต่างกัน ความรู้ทักษะการพยาบาล และการให้ข้อมูลยังไม่เพียงพอ ด้านผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคยังไม่เพียงพอ ในการประกอบการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้า กลัวความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ด้านผู้ดูแลรู้สึกกังวลในการดูแลที่บ้านเนื่องจากกลัวอาการทุกข์ทรมานไม่สามารถจัดการได้ เมื่อมีปัญหาการขอความช่วยเหลือขาดความมั่นใจ เครียดและกังวลเมื่อมีผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยจากภาวะน้ำเกิน จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีช่องว่างของพยาบาลกับผู้ใช้บริการ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถ รวมทั้งนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบ

องค์รวมในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนมาก รวมทั้งพยาบาลต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแลให้สามารถเผชิญกับปัญหาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาครั้งนี้ ใช้การออกแบบที่มีการพัฒนาบุคลากรควบคู่ไปกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ โดยพัฒนาเครือข่ายพยาบาล และจัดทำแผนการดูแลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ซึ่งเป็นการพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลที่ดี พัฒนาแนวปฏิบัติ ได้พัฒนาตามรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการเทียบเคียงแนวปฏิบัตินี้กับมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย พบว่า มีความสอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ของศูนย์การุณกรักษ์¹⁴ ระบบการพยาบาลแบบประคับประคองของสำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลแบบประคับประคอง พัฒนาโดย พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อย¹⁶ ผู้วิจัยจึงพัฒนาเพิ่มเติมในประเด็นกำหนดเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้พยาบาลมีเกณฑ์การคัดกรองที่เป็นแนวทางเดียวกัน เกณฑ์นี้มีความสอดคล้องกับคำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตวายเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งได้พัฒนาในกิจกรรมที่ 5 การพยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน พัฒนา

เครือข่ายพยาบาล หากพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการให้บริการบริการย้อมมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผลลัพธ์การบริการพยาบาลได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทพื้นฐานของพยาบาลคือการดูแล และสอดคล้องกับปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้บรรลุเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการตายดี หากพยาบาลมีความรู้มีความเข้าใจในกรอบงานวิชาชีพของตน แสดงออกถึงความห่วงใยเอื้ออาทร การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงเพื่อจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ก็จะมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น¹⁷⁻¹⁸ การดูแลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน พัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลของพยาบาล และผู้ดูแลให้มีทักษะการดูแลด้วยความรักความเมตตา การสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ไว้วางใจ ตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายดี

ส่วนผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหารพบว่าหลังใช้รูปแบบอัตราการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 เป็นร้อยละ 69.23 ซึ่งอธิบายได้ว่าการพัฒนาความรู้และทักษะแก่พยาบาล และมีแผนการพยาบาลที่ชัดเจน มีการประชุมสื่อสารการนำแนวปฏิบัติสู่การใช้ในหอผู้ป่วย มีการนิเทศติดตามการพยาบาลในหน่วยงานทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 88.33 ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) หลังการใช้รูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามการรับรู้ของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจเป็นผลจากการพัฒนาศักยภาพพยาบาลสามารถให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล¹⁹; พัชรรัตน์ อันสีแก้วและคณะ¹² พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) หลังปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่พัฒนาขึ้นนี้มีแนวปฏิบัติที่ดี สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้บริการ และมีการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง
2. ควรนำรูปแบบนี้ไปพัฒนาระบบแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมปัจจัยเชิงระบบให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Bragg-Gresham J, Chen X, Gipson D, et al. US Renal Data System 2019 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2020;75(1 Suppl 1):A6-A7.
2. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2020;395(10225):709-33.
3. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, สมจิตร สกุลคู, ณฤดี ทิพย์สุทธิ, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารกองการพยาบาล. 2563;47(1):190-208.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.

5. พรรณนิพา ต้นสุวรรณค์, ทวี ศิริวงศ์. การดูแลแบบประคับประคอง :ทางเลือกใหม่สำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31 Suppl 5:S6-17.
6. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สามดีพรีนติ้งอิกวิปเม้นท์; 2561.
7. โรงพยาบาลมุกดาหาร. สรุปผลงานของแผนกไตเทียม ปี 2563. มุกดาหาร: โรงพยาบาล; 2566.
8. วณิษา พิงชมภู. สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 2557; 41(4):166-77.
9. ภัทรศร นพทธี, อารมณ พรมหดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;16(3):96-108.
10. จอนพะจง เพ็ญจาด. การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย. 2553;3(1-3):1-17.
11. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
12. พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม, หทัยวรรณรัตนบรรเจิดกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(2):315-23.
13. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2560.
14. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
15. สำนักงานพยาบาล. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2559.
16. พิกุล นันทชัยพันธ์, ประทุม สร้อยวงค์. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก : การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่=Clinical nursing practice guidelines : palliative care in adult patients. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ; 2558.
17. ประคอง อินทรสมบัติ, สุปริดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศน์, สุกฤษณ์ วงศ์ธีรภัค, วิลาวัลย์ ประสารอติคม, ปารีชาติ พรสวัสดิ์ชัย, และคนอื่นๆ. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2556;19(2):194-205.
18. กัลปิงหา โชสิวกุล, แสงทอง ชีระทองคำ. การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต: กรณีศึกษา. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(4):5-17.
19. มารยาท สุจริตรกุล. ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2561;44(2):97-108.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Effectiveness of Practice Guideline for Caring Chest Trauma Patients with Intercostal Drainage in Trauma with Emergency Department

เนาวรัตน์ ชันธิราช*

Naowarut Kuntirach

Corresponding author: E-mail: naowarut1973@gmail.com

(Received: August 8, 2023; Revised: August 17, 2023; Accepted: September 10, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก จำนวน 40 ราย ที่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลแบบย้อนหลังและติดตามไปข้างหน้า แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก จำนวนกลุ่มละ 20 ราย ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บ และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของ Intercostal drainage (ICD) (20.00%) กลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของ Intercostal drainage (ICD) (5.00%) กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของ Intercostal drainage (ICD) มากกว่ากลุ่มหลังพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) และพบว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มหลัง การใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านโรงพยาบาลและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ; บาดเจ็บช่องอก; ท่อระบายทรวงอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To study the effectiveness of practice guideline for caring chest trauma patients with intercostal drainage in trauma with emergency department.

Study design : Quasi-experimental Research.

Material and Methods : The research study was conducted in participants who were chest trauma patients with intercostal drainage in trauma with emergency department of Roi-Et Hospital from April to July 2023. a purposive sampling of 40 patients (20 for retrospective and 20 for prospective group) were recruited for the study. Data were collected using data record from and of practice guideline for caring chest trauma patients with intercostal drainage in trauma with emergency department. Statistics were analyzed by percentage, mean, standard deviation and Independent t-test.

Main findings : The results showed pre-practice guideline had intercostal drainage slip away (20.00%), post-practice guideline intercostal drainage slip away (5.00%). In addition, at intercostal drainage slip away of pre-practice guideline was decrease than that of post-practice guideline ($p=.38$), and complication of post-practice guideline was decrease than that of post-practice guideline ($p=.017$)

Conclusion and recommendations : This study suggest the benefits of in practice guideline for caring chest trauma patients with intercostal drainage regarding hospital and patients outcomes.

Key words : Practice guideline for caring chest trauma patients; Chest trauma; Intercostal drainage.

บทนำ

การบาดเจ็บช่องอก เกิดจากผนังทรวงอกและอวัยวะที่อยู่ภายในทรวงอกได้รับบาดเจ็บจากแรงภายนอกส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของระบบการหายใจและการไหลเวียนโลหิต เนื่องจากทรวงอกมีอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะ คือ ปอด หัวใจ หลอดเลือดแดงเอออร์ตา หลอดลม และหลอดอาหาร ทั้งระบบการหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตที่ทำงานสัมพันธ์กัน เมื่อระบบหนึ่งเปลี่ยนแปลงจะมีผลต่ออีกระบบหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยเกิดจากปัจจัยที่สำคัญคือ กลไกประเภทการบาดเจ็บ และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะภายในช่องอก¹ ผลกระทบที่เกิดขึ้นที่พบได้อย่างชัดเจนได้แก่ การบาดเจ็บผนังทรวงอก และอวัยวะที่อยู่ในช่องอกบาดเจ็บจากแรงภายนอกมากกระทำ หรือมีแผลทะลุเข้าไปในช่องอกทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด² การบาดเจ็บช่องอกที่พบบ่อยได้แก่ กระดูกซี่โครงหัก ภาวะอกรวน ภาวะมีลมใต้ผิวหนัง ปอดซ้ำ เยื่อหุ้มปอดฉีกขาด ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด หัวใจซ้ำ หัวใจถูกบีบรัด การบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาส่วนนอกเป็นภาวะที่อันตรายและรุนแรงมากถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ไม่ทันการณ์³

การบาดเจ็บช่องอกเป็นการบาดเจ็บที่มีความรุนแรงอาจส่งผลให้ผู้บาดเจ็บบางรายเสียชีวิตได้ ดังนั้นการได้รับการรักษาที่เร่งด่วน ร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉินและระยะฟื้นฟูสภาพ โดยหลักการสำคัญคือ ให้ทางเดินหายใจผู้ป่วยบาดเจ็บโล่ง มีการระบายอากาศและเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายอย่างเพียงพอ สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนลดระยะเวลาการรักษา ผู้บาดเจ็บสามารถฟื้นคืนสภาพได้เร็วขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้บาดเจ็บทรวงอกที่ต้องระบายเลือดหรือลมออกจากทรวงอกประมาณร้อยละ 90 ทำการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal Drainage) และอีกร้อยละ 10 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด⁴ การใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นหัตถการที่สำคัญ

ในการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีการบาดเจ็บช่องอก การบาดเจ็บช่องอกที่มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดและเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด ถือเป็นบาดเจ็บที่เป็นภาวะฉุกเฉินคุกคามต่อชีวิตมีความจำเป็นต้องใส่ท่อระบายทรวงอกอย่างเร่งด่วน⁴ การเฝ้าระวังและให้การพยาบาลในผู้บาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ห้องฉุกเฉิน ถือเป็น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตฉุกเฉิน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บช่องอก แต่จากการวิเคราะห์การปฏิบัติการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บช่องอกที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก พบว่า การพยาบาลยังเป็นไปตามประสบการณ์ทางคลินิกที่หลากหลายขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละบุคคล แนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลยังหลากหลาย เช่น การดูแลระบบการทำงานของสายระบายทรวงอก การต่อสายระบายทรวงอก การสังเกตอาการผิดปกติและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บตามอาการและภาวะเร่งด่วนฉุกเฉินที่เกิดขึ้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้คิมนิยบายท่อระบายทรวงอก ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น มีการรั่วของระบบการระบาย ท่อระบายเกิดการอุดตัน การใช้คิมนิยบายท่อระบายสายท่อระบายทรวงอกไม่ได้ทำทุกกรณี เพราะอาจทำให้เกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดมากจนเกิดความดันบวก ถึงขั้นเสียชีวิตได้ส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บต้องนอนโรงพยาบาลนาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงการนำแนวปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่มากนัก เนื่องจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บช่องอกส่วนใหญ่จะครอบคลุมการดูแลผู้บาดเจ็บช่องอกทั้งก่อนใส่ ขณะใส่ หลังใส่ ถึงระยะถอดท่อระบายทรวงอก ซึ่งผู้บาดเจ็บอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นระยะเวลาไม่นานทำให้ไม่สามารถประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติครอบคลุม ถึงระยะถอดท่อระบายทรวงอกได้ แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนขณะผู้บาดเจ็บช่องอกได้รับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และขณะเคลื่อนย้ายก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จะต้องปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของ

ผู้ป่วยและขอบข่ายของงานนั้น ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการรักษาตามมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บ และองค์กร

จากความสำคัญดังกล่าว พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่เป็นอย่างดี และต้องมีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยาระยะวิกฤตฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก ลดระยะเวลาการรักษา ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต เกิดคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานการดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เก็บข้อมูลแบบเปรียบเทียบกับย้อนหลังและติดตามไปข้างหน้า (Retrospective prospective before and after intervention design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกและได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก ที่เข้ารับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้

โปรแกรม G*Power 3.1.9.6 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size)⁵ เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) 0.05 และค่า power 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอก และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอก กลุ่มละ 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้บาดเจ็บอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับบาดเจ็บบริเวณที่ศีรษะ/ซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก มีระดับคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) 14-15 คะแนน มีค่าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) น้อยกว่า 15 คะแนน และมีค่าโอกาสรอดชีวิต (Probability of Survival: Ps) มากกว่า 0.75 ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพตั้งแต่แรกรับและขณะทำการศึกษา มีภาวะ Shock คะแนนระดับความรู้สึกตัวน้อยกว่า 14 คะแนน ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องอก (Thoracotomy) และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกที่เข้ารับบริการ Trauma Fast Track

กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 20 ราย เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอก ระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566 และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 20 ราย เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอกระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม 2566 จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีข้อมูลด้านอายุ เพศ การบาดเจ็บ และการรักษาใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอก และ 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ทรวงอก การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1)

วิเคราะห์สถานการณ์ 2) สืบค้นวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) พัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) นำแนวปฏิบัติสู่การปฏิบัติ และ 5) ประเมินผลหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยสามารถสรุปการพัฒนาทั้ง 5 ขั้นตอนได้ดังนี้

ขั้นตอน ที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และข้อมูลจาก Injury Surveillance โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า การบาดเจ็บช่องอกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสาเหตุหนึ่งของผู้บาดเจ็บ และผู้บาดเจ็บช่องอกบางรายมีภาวะแทรกซ้อน บางรายเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องนอนโรงพยาบาลนาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก Electronic searches ใน PubMed, Science direct และ Cochrane Library ระหว่างปี ค.ศ. 2017-2023 ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 34 เรื่อง เมื่อนำมาสังเคราะห์ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 7 เรื่อง หลังจากนั้นนำข้อมูลจากงานวิจัยเหล่านี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติขั้นตอนที่ 3 พัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติ โดยสร้างเครื่องมือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก และ 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกจำนวน 10 ราย ขั้นตอนที่ 4 นำสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย การนำสู่การปฏิบัติใน 2 ส่วน คือ 1) ผู้บาดเจ็บช่องอก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก และ 2) ผู้บาดเจ็บช่องอกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก และมีการเคลื่อนย้ายไปหน่วยงานอื่น เช่น ไป Admit, X-ray, CT scan หรือส่งตรวจพิเศษอื่นๆ ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลหลังใช้แนวปฏิบัติ ด้านประสิทธิผลของผู้ป่วย 1) การเลื่อนหลุดของสาย ICD หรือข้อต่อ และ 2) ภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การเคลื่อนหลุดของสาย ICD และใช้สถิติ Independent-t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของการเคลื่อนหลุดของสาย ICD และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 106/2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (85.00%) อายุระหว่าง 19-74 ปี อายุเฉลี่ย 39.93 ปี (SD.± 1.86) สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบมากที่สุด คือ อุบัติเหตุทางถนน (75.00%) การบาดเจ็บที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคแรก (Primary diagnosis) มากที่สุดคือ Rib Fracture (40.00%) รองลงมาคือ Hemopneumothorax (30.00%) ไม่มีภาวะ Shock มี Blood loss ออกมากกว่า 500 cc (46.70%) ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอกทุกราย ส่วนการบาดเจ็บร่วมที่พบบมากที่สุด คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) (65.00%) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale: GCS) ทุกรายอยู่ระหว่าง 14-15 คะแนน มีค่าคะแนนความรุนแรงจากการบาดเจ็บ (Injury severity score) น้อยกว่า 15 คะแนน และมีค่าโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival: Ps) มากกว่า 0.75 (100.00%) และ 2) กลุ่มหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (85.00%) อายุระหว่าง 17-72 ปี อายุเฉลี่ย 40 ปี (S.D.± 1.79) สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบมากที่สุด คือ อุบัติเหตุทางถนน (85.00%) การบาดเจ็บที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคแรก (Primary diagnosis)

มากที่สุด คือ Rib Fracture (40.00%) รองลงมา คือ Hemopneumothorax (30.00%) ทุกรายไม่มีภาวะ Shock มี Blood loss ออกมากกว่า 500 cc (45.00%) ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอกทุกราย ส่วนการบาดเจ็บร่วมที่พบมากที่สุด คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) (40.00%) ระดับความรู้สึกตัว

(Glasgow coma scale: GCS) อยู่ระหว่าง 14-15 คะแนน (100.00%) ค่าคะแนนความรุนแรงจากการบาดเจ็บ (Injury severity score) น้อยกว่า 15 คะแนน และค่าโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival: Ps) มากกว่า 0.75 (100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1,2 และ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะสำคัญทางประชากรผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (n=20) และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

ลักษณะประชากร	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	17(85.00)	16(80.00)
หญิง	3(15.00)	4(20.00)
อายุ (ปี) Mean (Min, Max)	39.93(19, 74)	40.00(17, 72)
สาเหตุการบาดเจ็บ		
อุบัติเหตุทางถนน	15(75.00)	17(85.00)
พลัดตกหกล้ม	3(15.00)	1(5.00)
ถูกทำร้ายร่างกาย	2(10.00)	2(10.00)
การมาโรงพยาบาล		
Refer in	15(75.00)	16(80.00)
EMS ออกรับ	3(15.00)	4(20.00)
มาเอง/ญาตินำส่ง	2(10.00)	0(0.00)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะการบาดเจ็บผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (n=20) และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

ลักษณะการบาดเจ็บ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
การวินิจฉัยการบาดเจ็บช่องอก		
Rib Fracture	8(40.00)	10(50.00)
Lung contusion	3(15.00)	3(15.00)
Hemopneumothorax	6(30.00)	4(20.00)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะการบาดเจ็บ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
Hemothorax	1(5.00)	1(5.00)
Pneumothorax	1(5.00)	1(5.00)
Fail Chest	1(5.00)	1(5.00)
ตำแหน่งการบาดเจ็บ (Side)		
Right	8(40.00)	10(50.00)
Left	6(30.00)	6(40.00)
Both	6(30.00)	4(20.00)
อวัยวะบาดเจ็บร่วม		
Head and Neck	13(65.00)	14(70.00)
Abdomen	2(10.00)	1(5.00)
Pelvis	2(10.00)	2(10.00)
Non	3(15.00)	3(15.00)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลระดับการบาดเจ็บผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (n=20) และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

ข้อมูลระดับการบาดเจ็บ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
GCS(Glasgow Coma Scale) 14-15 คะแนน	20(100.00)	20(100.00)
Shock (None)	20(100.00)	20(100.00)
ISS (Injury Severity Score) < 15 คะแนน	20(100.00)	20(100.00)
PS Score (Probability of Survival) > 0.75	20(100.00)	20(100.00)
Chest Trauma Score		
< 5	7(35.00)	8(40.00)
≥ 5	13(65.00)	12(60.00)

จากข้อมูลการทดสอบความแตกต่างของการเลื่อนหลุดของสาย ICD และข้อต่อสายระบายทรวงอก กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก ข้อมูลการเลื่อนหลุดของสาย ICD และข้อต่อสายระบายทรวงอกพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของสาย ICD น้อยกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038$)

สำหรับข้อมูลการทดสอบความแตกต่างของอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (Complication) น้อยกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.017$) ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่พบ กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($n=20$) และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($n=20$)

ข้อมูลระดับการบาดเจ็บ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สาย ICD เลื่อนหลุด	4(20.00)	1(5.00)
Complication		
Non complication	13(65.00)	19(95.00)
เจ็บแน่นหน้าอก	2(10.00)	0(0.00)
Subcutaneous emphysema	1(5.00)	0(0.00)
Pneumothorax	2(15.00)	0(0.00)
อัตราการหายใจ $10 >R > 30$	1(5.00)	1(5.00)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเลื่อนหลุดของท่อระบายทรวงอกและอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($n=20$) และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($n=20$)

	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ	difference	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
การเลื่อนหลุดของ ICD/ ข้อต่อสายระบายทรวงอก	1.30(.47)	1.05(.22)	2.147	.01, .48	.038
ภาวะแทรกซ้อนทาง คลินิก (Complication)	1.65(.49)	1.95(.22)	2.494	-.54, -.05	.017

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกใส่ท่อระบายทรวงอกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ประเณินจากผลลัพธ์ในการพัฒนาดังนี้

การเลื่อนหลุดของท่อระบายทรวงอก พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกใส่ท่อระบายทรวงอกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของ ICD และข้อต่อ 4 ราย (20.00%) ส่วนกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของ ICD และข้อต่อ 1 ราย (5.00%) และจากการทดสอบความแตกต่างของการเลื่อนหลุดของสาย ICD และข้อต่อสายระบายทรวงอก พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของสาย ICD น้อยกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติแสดงให้เห็นว่ากลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของ ICD และข้อต่อลดลง อภิปรายได้ว่า การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล เป็นการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อการวางแผนและดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติได้จากการนำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท ส่งผลให้เกิดคุณภาพการพยาบาล เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ใช้กำหนดวิธีการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายในการประกันคุณภาพการบริการ ปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลด้วยการปฏิบัติที่ดีที่สุดตามเกณฑ์มาตรฐาน แนวปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นสิ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น การที่พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญ เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น การปฏิบัติที่ดีขึ้นและเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในแผนกอุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลตั้งแต่ช่วงแรกแรกที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจก่อนเข้าอนรรักษาในโรงพยาบาล และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บช่องอก ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของสาย ICD และข้อต่อของสาย ICD ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ที่พบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ใส่ท่อระบายทรวงอก พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะและให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ใส่ท่อระบายทรวงอกได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน⁵

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังให้การพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกกลุ่มก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติและกลุ่มหลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกกลุ่มหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (Complication) น้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาระบบ อธิบายได้ว่า แม้ว่าความรุนแรงจากการบาดเจ็บช่องอก ตำแหน่งการบาดเจ็บ พยาธิสภาพในช่องอก และความแข็งแรงของร่างกายจะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บช่องอก² แต่การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกได้รับการพยาบาล ได้มาตรฐาน มีการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามแนวปฏิบัติ ส่งผลให้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาการบาดเจ็บหลายระบบและการจัดการห้องฉุกเฉิน ที่พบว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว และปฏิบัติตามมาตรฐานสามารถลดภาวะทรุดหนักของผู้ป่วยได้⁶ การศึกษาการจัดการกระดูกซี่โครงหักในผู้สูงอายุ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก ในผู้สูงอายุและใส่ท่อ

ระบายทรวงอก สามารถลดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต และลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลได้⁷

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กัญจนา ฤทธิแก้ว, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, กฤษณ์ แก้วโรจน์. การเปลี่ยนแปลงทางกลศาสตร์ของปอดในผู้บาดเจ็บทรวงอกในระยะวิกฤต : การทบทวนวรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล. 2553;25(3): 78-88.
- Chien CY, Chen YH, Han ST, Blaney GN, Huang TS, Chen KF. The number of displaced rib fractures is more predictive for complications in chest trauma patients Scand. J Trauma Resuscitation Emerg Med 2017; 25(1):19. doi: 1186/s13049-017-0368-y. PubMed PMID: 28241883.
- Kang YS, Kwon HJ, Stammen J, Moorhouse K, Agnew AM. Biomechanical response targets of adult human ribs in frontal impacts. Ann Biomed Eng 2021; 49(2):900–11. doi: 10.1007/s10439-020-02613-x. PubMed PMID: 32989590.
- Bekir ND, Ibrahim K, Ekrem SA, Selim CP. Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: an overview. Chin J Traumatol 2020;23(3):125-138. doi: 10.1016/j.cjtee.2020.04.003. PubMed PMID: 32417043.
- ปุณรดา เจริญดี. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2560;10(1):96-109.
- Frink M, Lechler P, Debus F, et al. Multiple trauma and emergency room management. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(29-30): 497-503. doi: 10.3238/arztebl.2017.0497. PubMed PMID: 28818179.
- Coary R, Skerritt C, Carey A, Rudd S, Shipway D. New horizons in rib fracture management in the older adult. Age Ageing. 2020;49(2):161–7. doi: 10.1093/ageing/afz157. PubMed PMID: 31858117.

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Care for Elderly with Dependency Model In Srisomdej Hospital Roi-Et Province

ศิริลักษณ์ สิงห์ยะเมือง*

Sirilak Singyamuang

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

(Received: August 9, 2023; Revised: August 20, 2023; Accepted: September 14, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็น สร้างและพัฒนาแบบการดูแลและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบประเมินปัญหาและความต้องการ แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้แบบประเมินการปฏิบัติงานแบบประเมินADLและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมชุมชน เตรียมคนและเตรียมเครือข่ายการทำงาน ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและคืนข้อมูล พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน และประเมินผลการดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูล หรือ PATIA Model ที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ก่อนการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 จำนวน 10 คน หลังการพัฒนาระยะเวลา 8 เดือนพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้น จำนวน 5 คน (50.0%) และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ลดลงเหลือจำนวน 5 คน (50.0%) และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ABSTRACT

Purpose :To investigate situations and needs assessments, develop care model,and study the effectiveness of care model care giving elderly with dependencies.

Study design : Research and development research

Materials and Methods : Five of care givers and 10 elderlies with dependencies were target groups. The instruments used for development was care giving elderly with dependencies model. Data were collected by a questionnaire on self-reliant elderly care knowledge, the problems and need assessment of care giving elderly with dependencies model. The suitability and feasibility of care giving elderly with dependencies model. Performance evaluation form of elderly care givers, Barthel Activities of Daily Living : ADL. The Basics of dependent elderly, and satisfaction rating scale. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : Care givingelderly with dependencies on community were consisted ofpreparing the community, preparing and preparing the network; studying, evaluating, andassessment ofrole and potential of elderly care and return of information; development of caregiver skills; care for elderly with dependence on the community; and evaluation of operation and dissemination of PATIA Model. It was appropriate and feasible, overall, at a high level ,and elderly care givers were at a high level. The elderly with dependence on the second group of 10 participants after the development showed that the elderly with dependence on group 1 increased by 5 participants or 50.0%, and the elderly with dependence on group 2 decreased by 5 participants or 50.0% and the elderly were satisfied with the model, overall, it was at a high level.

Conclusion and recommendations :The results of this research result in a better quality of life for elderly with dependencies.

Keywords : Care giver; Elderly with dependency

บทนำ

ปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ทำนายต่อการจัดการของแต่ละประเทศทั่วโลก รวมไปถึงประเทศไทยซึ่งมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยได้มีการส่งเสริม การดูแลสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ในช่วงวัยทำงานเพื่อ การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงระบบการ จัดการการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังให้สามารถเข้าถึงระบบการบริการได้อย่าง ครอบคลุมและเข้าถึง¹ ปัญหาและความต้องการของ ผู้สูงอายุในชุมชน พบได้ทุกหลายระดับของเศรษฐกิจ ครอบคลุม ปัญหาที่จะแตกต่างกันในรายละเอียด แต่ที่มี ปัญหามากที่สุดมักเป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคือมีรายได้น้อย ด้อยโอกาส เจ็บป่วยเรื้อรังว่างงานถูกทอดทิ้ง ประสบภัยพิบัติหรือมีติดสารเสพติดในผู้สูงอายุปัญหาต่างๆ เช่นเดียวกับสถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ปี พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,063 คน จากการสำรวจการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุพบว่า การดูแลผู้สูงอายุเกินครึ่งจะเข้ารับการตรวจ สุขภาพ 48.9% ผู้สูงอายุรับประทานผักสดและผลไม้สด ตึมน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าและออกกำลังกาย เป็นประจำ 39.6%, 42.0% และ 38.9% ตามลำดับ และ ผู้สูงอายุบางส่วนที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ 12.1% และ 11.3% ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วม กิจกรรมของหมู่บ้าน 72.4% ความถี่ของการที่ผู้สูงอายุ เข้าวัด โบสถ์หรือมัสยิด พบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุจะไปวัด โบสถ์หรือมัสยิดมากกว่า 12 ครั้งต่อปี 48.3% และไม่ไปเลย 8.2% การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม ฌาปนกิจสงเคราะห์ 54.0% การทำกิจกรรมของกลุ่มหรือ ชมรมของผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมกับกลุ่มฌาปนกิจ สงเคราะห์ 33.5% มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติด บ้านติดเตียง จำนวน 12 ราย²

ในการทำงานเดียวกับผลสำรวจสภาพปัญหาผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในเขตโรงพยาบาลศรีสมเด็จ เมื่อปี พ.ศ.2565 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย มากที่สุดรองลงมา คือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้าน จิตวิญญาณและด้านจิตใจ ตามลำดับส่วนสภาพปัญหาของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมคิดเป็น 40.0% เมื่อ พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับ การประเมินภาวะวิกฤตในผู้ป่วยสูงอายุประเมินได้จาก ข้อมูลของผู้สูงอายุ การสังเกตด้านการติดต่อสื่อสาร เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้สัมผัส และการประเมินการ หายใจมากที่สุด และเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน สำหรับ ผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท ประกาศใช้เมื่อ 22 ก.พ. 2552 (80.0%) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในผู้สูงอายุก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพป้องกัน หรือชะลอ ให้เกิดช้าลงได้ กระเทียมมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ทำความสะอาดเลือด และระบบลำไส้ทำให้เส้นเลือดมีความ ยืดหยุ่นและลดแรงดันโลหิต หลักธรรมประจำใจของผู้ดูแล คือเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขาและโรคอัลไซเมอร์เป็นโรค ในกลุ่มสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลเกี่ยวกับความจำ ความคิด เขียว ปัญญา การใช้เหตุผล และการแก้ไขปัญหา (60.0%) แต่เป็น ที่น่าสังเกตว่าอีกจำนวน 22 ประเด็นมีคะแนนต่ำกว่า 50.0%²

จากการศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าว ข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จขึ้นเพื่อศึกษาและวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ การจัดทำแผนปฏิบัติที่ ภาควิชาครีเอทีฟมี ส่วนร่วม การดำเนินการตามแผนร่วมกัน และประเมินผล ที่เกิดขึ้น ถอดบทเรียนเพื่อ พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแล สุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความพึงพอใจและมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็น สร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็น

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน

เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือสำหรับศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) แบบประเมินความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.48-0.82 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 และ 2) แบบทดสอบความรู้อันเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.40-0.86 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

การดำเนินการ 1) ตรวจสอบสภาพปัญหาและความต้องการ 2) ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 3) การวิเคราะห์ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เพื่อเป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ (2) ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 5 คน

วิธีดำเนินการวิจัย 1) กำหนดและยกร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีขั้นตอนการดำเนินงาน 2) การหาคุณภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ผู้วิจัยได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และจัดทำคู่มือดำเนินงานตามโครงการที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ 1) การวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การวิจัยระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จำนวน 10 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือการวิจัย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ได้แก่ 1) แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของกรมอนามัย 2) แบบสอบถามความพึงพอใจ และ 3) แบบประเมินการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.47-0.87 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

วิธีดำเนินการวิจัย 1) กำหนดพื้นที่วิจัยได้แก่ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ และ 2) ดำเนินงานโครงการฯ โดยการประสานกับกองสาธารณสุขเทศบาลตำบลศรีสมเด็จ เพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดไปทดลองใช้ตามระยะเวลาที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ 1) ผู้วิจัยนำหนังสือจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จผู้วิจัยเข้าพบประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้ช่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ที่ได้จากการสังเคราะห์สภาพปัญหาและการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (PATIA Model) ได้แก่ขั้นที่ 1 การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่าย (Preparation procedure) ขั้นที่ 2 ศึกษาและประเมินสถานการณ์ปัญหา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และค้นหาข้อมูล (Need Assessment) โดยสำรวจข้อมูล/คัดกรองผู้สูงอายุ ADL การวัดระดับการพึ่งพิง อาชีพ รายได้ สภาพบ้าน/ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีการอบรม การใช้แบบสำรวจให้กับ อสม. ในพื้นที่ และมีการจัดเก็บบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาข้อมูลปัญหา และข้อมูลต่างๆ ต่อเวทีการทำงานเรื่องผู้สูงอายุ ขั้นที่ 3 อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Training) โดยอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามหลักสูตรของกรมอนามัย และขั้นที่ 4 ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Implementing) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ประสานความร่วมมือในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยมีโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ทั้งการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคมอันก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการประสานงานกับโครงการเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และขั้นที่ 5 ประเมินผลการดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูล (Appraisal)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ 1) การวิเคราะห์แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) 2) วิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และ 3) วิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

ผลการวิจัย

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า 1) ผลการทบทวนหลักการแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือ มีแต่ความเสื่อมโทรมและสึทหรือ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป จึงเป็นการยากที่จะกำหนดว่าบุคคลใดอยู่ในวัยสูงอายุ เกณฑ์ที่สังคมจะกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น จะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมผลการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

ประกอบด้วย การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียม เครือข่ายการทำงาน (Preparing) การศึกษาและการ ประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ (Need assessment) การพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Training) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน (Implementing) และการประเมินผลการดำเนินงาน และ เผยแพร่ข้อมูล (Appraisal) หรือ PATIA model และ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 40.0 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและต้องการด้านสุขภาพ โดยรวมด้านร่างกายอยู่ในระดับมากที่สุดผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 40.0 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามประเด็นปัญหาที่พบข้างต้น โดยใช้หลักสูตรของกรม อานามัย(หลักสูตรระยะสั้น 70 ชั่วโมง) จำนวน 10 วัน ความ เหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อนำไปดำเนินการแล้ว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean=1.4, SD.= 0.41) ก่อนการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 จำนวน 10 คน หลังการพัฒนาระยะเวลาดำเนินการ 8 เดือน พบว่ามี ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 5 เพิ่มขึ้น จำนวน 5 คน คิด เป็นร้อยละ 50.0 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 2 ลดลงเหลือ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก (Mean=4.10, SD.=0.50)

วิจารณ์

ผลการสังเคราะห์รูปแบบจากสถานการณ์ปัญหาและ ความต้องการจำเป็น และการประมวลเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งนี้ พบผลเช่นเดียวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร³ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ โรคเบาหวานพบว่า โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จัดทีมสหสาขาวิชาชีพออกไปตรวจรักษาที่ รพ.สต. ทุกเดือน

ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า ยังปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การ ออกกำลังกายอารมณ์ และความเครียด การควบคุมระดับ น้ำตาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและมีภาวะแทรกซ้อน คือ โรคไตเรื้อรังเท้าเป็นแผล และเบาหวานขึ้นตา ส่วนรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นสอดคล้องกับข้อค้นพบ ของ Swagerty, Takahashi, Evans⁴ ซึ่งพบว่า แนวทาง ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาดูแล อย่างไม่เหมาะสม 10 แนวทาง ได้แก่ 1) ตั้งใจและใส่ใจ ฟังเรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ 2) ประเมินความ ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุก่อนเสมอ 3) ชักประวัติและ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เท่าที่จำเป็น เพื่อประเมินสภาพโรคของผู้ป่วยสูงอายุ 4) หากญาติมาด้วยให้สังเกตปฏิกริยาระหว่างญาติกับ ผู้ป่วยก่อน 5) ประเมินความต้องการของทั้งผู้ป่วยสูงอายุ และญาติ 6) ขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านเพื่อหาหนทางให้ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นที่บ้าน 7) เมื่อไปเยี่ยมบ้าน ให้ประเมินการใช้ชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน 8) ปรึกษาทิมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือสุขภาพ องค์กรรวม 9) นัดหมายติดตามดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และ 10) สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีทักษะ การแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์และปัญหารอบตัวได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การ ประเมินผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 2) นำครอบครัวหรือผู้ดูแล ร่วมในกิจกรรม 3) ให้คำแนะนำผู้ป่วยตามปัญหาและความ ต้องการ 4) การใช้นวัตกรรมกราฟน้ำตาลที่ดูผ่านโทรศัพท์ ได้และการติดตามก่อนวันนัดผ่าน Line notify และ โทรศัพท์ 5) การปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ และ 6) การ ติดตามเยี่ยมบ้าน³

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 40.0 เช่นเดียวกับผลการ ศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร⁵ พบว่า ปัญหาด้านการขาด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และการขาดความรู้เกี่ยว

กับแนวทางการดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความเพียงพอของความรู้ และระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ ปีที่ 6 ซึ่งข้อเท็จจริงของการดูแลนั้นผู้ดูแลจะดูแลตามมีตามเกิด เมื่อเจ็บป่วยก็ได้คำแนะนำจาก เพื่อนบ้าน/ชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แหล่งความรู้ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ เช่น จากการใช้ปฏิบัติสืบทอดกันมามากกว่าการได้จากแหล่งที่เป็นทางการและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหา ด้านสุขภาพร่างกายมากที่สุด ส่วนความต้องการด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการด้านสุขภาพโดยรวมด้านร่างกายมากที่สุดสอดคล้องกับ Caffrey⁶ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทยดำเนินกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ สามารถดูแลตนเองได้ในกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดินไป ถวายอาหารพระที่วัดหรือไปปฏิบัติธรรมในวันพระและช่วงเข้าพรรษาการเดินทางไปซื้อของสำหรับการจัดการงานบ้านเช่น การเลี้ยงหลานการเตรียมอาหารการทำความสะดวกสบาย การซักเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การกางมุ้งและเก็บที่นอน การขึ้นบันได การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำการแต่งกาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีภาระงานทั้งวันเช่นการดูแลสัตว์เลี้ยงการทำสวนและการจักสานและในด้านการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะดีจะได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีขณะที่ผู้สูงอายุที่ยากจนบุตรหลานไม่ค่อยให้ความสนใจ

ประสิทธิผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติงานจากการวิจัยครั้งนี้มากกว่าการวิจัยที่ผ่านดังผลการวิจัยของ Kuzuya, Masafumi and others⁷ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการต้องการใช้รูปแบบการดูแลกลางวัน 2 และ 3 เวลาต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้น และ Cicirelli⁸ พบว่า สิ่งที่บุตรให้แก่บิดามารดา คือ การให้กำลังใจการให้ที่อยู่อาศัยการให้ข่าวสารความรู้การช่วยทำงานบ้านการบริการรับส่งพฤติกรรมที่แสดงถึงความผูกพันอีกอย่างหนึ่งคือ การไปเยี่ยมและการพูดคุยทางโทรศัพท์อย่างน้อยทุกสัปดาห์ส่วน การดูแลช่วยเหลือบิดามารดาในอนาคตนั้นบุตรที่อายุน้อยคาดหวังบริการจากรัฐและองค์กรอาสาสมัครมากกว่าบุตรที่อายุมาก ส่วนบุตรที่มีฐานะทาง

เศรษฐกิจดีมีความคาดหวังบริการจากหน่วยงานต่างๆ มากกว่าบุตรที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก่อนการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 จำนวน 10 คน หลังการพัฒนา ระยะเวลา 8 เดือน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้น จำนวน 5 คน และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 2 ลดลงเหลือจำนวน 5 คนดังผลการวิจัยของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก: กรณีศึกษา จังหวัดชลบุรีและจังหวัดสระแก้วพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการเรียนรู้ จากกระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย และพฤติกรรมมารับประทานยามีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเรียนรู้ มากกว่า เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเรียนรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้ และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความรู้มากกว่าก่อนการเรียนรู้เช่นกัน

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งถือเป็นคำตอบในการจัดการกับการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างยั่งยืนด้วยเหตุผลที่ว่าในแต่ละชุมชนจะมีผู้สูงอายุในทุกกลุ่ม กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียงซึ่งจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและต้องพึ่งพิงมากขึ้น มีเครือข่ายทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เครือข่ายเหล่านี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดระบบบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น เนื่องจากเครือข่ายในชุมชนนั้นมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จะมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมนั้นๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพนั้น มีความยั่งยืนโดยผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรของรัฐมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการและมีความรับผิดชอบ

ร่วมกัน¹⁰ โดยที่แต่ละชุมชนจะมีระบบของตนเองมีทั้งส่วนที่เหมือน และส่วนที่แตกต่าง ถือเป็นระบบย่อยภายใต้ระบบใหญ่ของประเทศ เน้นการดูแลตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ใช่มุ่งแต่จะพึ่งพาภาครัฐ¹¹ เป็นระบบที่มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ของคนในชุมชน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง เป็นวงจรไม่รู้จบ อีกทั้งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายผ่านการปฏิบัติ(Interactive learning through action) โดยบุคลากรภาครัฐเป็นผู้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก เป็นพี่เลี้ยงในการเรียนรู้และปฏิบัติ เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด¹² เป็นระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีทุกมิติโดยชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่การพัฒนาสุขภาพชุมชน เป็นการทำให้กลุ่มคนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น และมีการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน เป้าหมายการพัฒนาสุขภาพชุมชน อยู่ที่การปรับกระบวนการทัศน์ของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทุกภาคส่วนต้องเป็นหุ้นส่วนกันในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชนโดยสร้างการมีส่วนร่วมและการเป็นภาคีเครือข่ายของสมาชิกและองค์กรกลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพึ่งตนเองด้านการดูแลสุขภาพชุมชนโดยทุกภาคส่วนร่วมกันออกแบบการจัดระบบ และเปิดพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มให้เชื่อมโยงและเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน¹³⁻¹⁵

รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จโดยใช้ปัญหาและชุมชนเป็นฐานเป็นฐานที่มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลให้ผู้ดูแลสูงอายุมีความรู้และมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุประเด็นการประเมิน ADL การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง โภชนาการ หลักการให้ยาที่นิยมกันเป็นสากล การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพ เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ผู้สูงอายุจะมองเห็น ขั้นตอนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุจนเกิดความมั่นใจว่า “ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง”

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการด้านสุขภาพร่างกายมากที่สุด เช่น ให้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัยที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี ให้สถานบริการของรัฐและเอกชนมีการจัดบริการ ให้คำปรึกษาทั่วไปแก่ผู้สูงอายุ ได้รับเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการหกล้ม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรริบดำเนินการเหล่านี้ อย่างเร่งด่วน

3) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแลอุปกรณ์การแพทย์และการให้ยาค่อนข้างต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่ฝึกอบรมควรเน้นการฝึกทักษะด้านการให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน การดูแลผู้มีสายสวน ปัสสาวะ ผู้มีท่อหลอดลมคอ และการดูดเสมหะ ผู้มีทวารเทียมทางหน้าท้องผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน และการให้ยาโดยการฝึกปฏิบัติจากการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงปัจจัยเบื้องต้นของโครงการ เช่น ควรจัดทำโครงการเพื่อให้ได้งบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการระบบ (Case manager) ควรมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน ควรเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุควรมีเวทีเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการคัดเลือกจากผู้ที่มีจิตอาสาด้วยใจจริง

2) ด้านกระบวนการ (1) ควรมีคำตอบแทนให้แก่

ผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพียงพอ และเหมาะสมกับภาระงาน (2) ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการเพื่อการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น (3) ควรมีงบประมาณเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ (4) ควรปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการสอน โดยยกตัวอย่างจากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้เข้ารับอบรมและเน้นการฝึกภาคปฏิบัติ โดยมีคู่มือการปฏิบัติงานให้ชัดเจน และควรควบคุมเวลาที่ใช้ในการอบรมโดยไม่ควรใช้เวลาเต็มวัน เพื่อความสะดวกในการแบ่งเวลากับภารกิจประจำวันของผู้เข้ารับการอบรม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
2. โรงพยาบาลศรีสมเด็จ. กลุ่มงานยุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2565.
3. พันธวี คำสาว, วลัยภรณ์ กุลวงศ์, บุญยัง ชันทะหัด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(2):14-27.
4. Swagerty DLJ, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. Am Fam Physician. 1999;59(10):2804-8.
5. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.); 2551.
6. Caffrey RA. Caregiving to the elderly in Northeast Thailand. 1992;7(2):117-34. doi:1007/BF00115940.PubMed PMID:24390694.
7. Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, et al. Day care service use is associated with lower mortality in community-Dwelling frail older people. Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54(9):1364-71.doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00860.x. PubMed PMID: 16970643.
8. Cicirelli VG. Helping elderly parents: the role of adult children. Boston: Auburn House Publishing; 1981.
9. เวธกา กลั่นวิจิตร, ยุวดี รอดจากภัย, คณิงนิจ อูสิมาศ. การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรีและจังหวัดสระแก้ว. บุรพาเวชสาร. 2560;4(2).
10. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. ใน: สุพัตรา ศรีวิณิชยากร, สุมาลี ประทุมพันธ์, บรรณาธิการ. มองมุมใหม่จัดการใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน: เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
11. ประเวศ วะสี. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน: สุขภาพชุมชนรากฐานของสุขภาพะทั่งมวล. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2549.
12. รมย์ธนิภา ฝ่ายหมื่นไวย์, นิภา กิมสูงเนิน, เขมศักดิ์ธีร์นฤติภิรมณ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ: คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;44(3):11-22.
13. สุพัตรา ศรีวิณิชยากร, ทศนีย์ ญาณะ, มธุรรพร ภาคพรต, พลกษา บุบุญญ. สุขุมชน สุขภาพดีคู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
14. ชนิษฐา นันทบุตร. ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟฟิโกซิสเต็มส์; 2553.
15. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปันดดา ปรียทฤม. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557;28(1):1-15.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

The Factors Influencing High Performance Organization of Kalasin Provincial Public Health Office

บุรินทร์ จินดาพรรณ*

Burin Chindaphan

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

(Received: September 2, 2023; Revised: September 10, 2023; Accepted: October 4, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 131 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัย : ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ในภาพรวมอยู่ในระดับกำลังพัฒนา (ค่าคะแนน ร้อยละ 62.03) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.66, SD.= 0.57) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่ (X_3) และด้านกลยุทธ์องค์กร (X_4) สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 58.90 และสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

$$\text{สมการคะแนนดิบ } \hat{Y} = -14.148 + 1.025(X_1) - 0.972(X_2) + 13.255(X_3) + 3.907(X_4) + 3.941(X_5)$$

$$\text{สมการคะแนนมาตรฐาน } \hat{Z}_y = 0.043(X_1) - 0.033(X_2) + 0.501(X_3) + 0.186(X_4) + 0.148(X_5)$$

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการบริหารองค์กรสมัยใหม่และกลยุทธ์องค์กรมีความสำคัญต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล; องค์กรสมรรถนะสูง; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ABSTRACT

Purpose : To examine level of high performance organization, level opinions , and to examine factors influencing high performance organization of Kalasin provincial public health office.

Study design : Descriptive methods of research.

Materials and Methods : The sample size were 131 officials of Kalasin provincial public health office. Data were collected by questionnaires on opinions concerning the development guidelines for high performance organization MoPH-4T, and opinions concerning factors high performance organization development. The statistical analysis used included frequency, percentage, mean, standard deviation, and enter multiple regression analysis.

Main findings : The research findings that the level of high performance organizational capability, according to the MoPH-4T criteria, was at a developing stage (score of 62.03%),the overall opinions on factors contributing to high performance organizational capability were rated as high (Mean=3.66, SD.=0.57), and influential factors on high performance organizational capability, with significant impact at a level of 0.05, included modern organization administration (X_3) and strategy (X_5), which together could predict for 58.90%. The equations as follow.

$$\text{Raw score equation } \hat{Y} = -14.148 + 1.025(X_1) - 0.972(X_2) + 13.255(X_3) + 3.907(X_4) + 3.941(X_5)$$

$$\text{Standard score equation } \hat{Z}_y = 0.043(X_1) - 0.033(X_2) + 0.501(X_3) + 0.186(X_4) + 0.148(X_5)$$

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that modern organizational management and organizational strategy are important to becoming a high-performance organization.

Keyword : Factor Affecting; High Performance Organization; Kalasin provincial public health office

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Kalasin Provincial Public Health Office.

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทย มุ่งเน้นการปฏิรูประบบราชการ และพัฒนาระบบการบริหารงานของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงมีนโยบาย ประเทศไทย 4.0 ในการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่ความมั่นคง ความมั่งคั่งและความยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ระบบราชการไทยซึ่งเป็นกลไกหลักสำคัญของภาครัฐ จะต้องมีการปรับระบบเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โดยได้มีแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ ได้เน้นให้ภาครัฐมีความทันสมัยทันการเปลี่ยนแปลงและมีขีดสมรรถนะสูง สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ¹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2556-พ.ศ.2561) เพื่อพัฒนาหน่วยงานภาครัฐไปสู่การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงจึงได้มีการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นแนวทางที่จะพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพหรือเรียกว่า High Performance Organization²

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ในด้านการพัฒนาศักยภาพขององค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง ได้มีการกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพองค์กรไว้ทุกระดับ ได้มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กร³ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจงานในการสนับสนุน ดำเนินงานตามภารกิจต่างๆ ภายในระดับภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ มีการกำหนดโครงสร้างเป็นกลุ่มงาน จำนวน 14 กลุ่มงาน มีหน่วยงานสาธารณสุขในความรับผิดชอบครอบคลุม 18 อำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 18 อำเภอและ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 105 แห่ง ในการพัฒนาองค์กรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อมุ่งสู่องค์กรที่มีขีดสมรรถนะสูง (High Performance Organization) ได้มีการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้ประเมินตนเองในหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ผลการประเมิน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2565 พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผ่านการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ร้อยละ 100⁴

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การพัฒนาหน่วยงานภาครัฐให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง มักใช้แนวคิดด้านคุณภาพด้วยเกณฑ์รางวัลคุณภาพ PMQA เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าว เป็นเครื่องชี้บอกแนวทางที่ต้องปฏิบัติ ไม่สามารถบอกได้ว่าผ่านเกณฑ์ในระดับไหน ดีไม่ดีและไม่มีการตรวจสอบยืนยันว่าปฏิบัติแล้วนำไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้ จากเหตุผลดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการยกระดับขีดความสามารถของส่วนราชการในสังกัดให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เพื่อยกระดับการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 198 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเก็บข้อมูลจากบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สะดวกตอบแบบสอบถาม จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 131 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้มีการศึกษาเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์การสมรรถนะสูงเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดและการออกแบบสร้างแบบสอบถาม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาองค์การสมรรถนะสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาองค์การสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการนำแบบสอบถามที่พัฒนาไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคุณลักษณะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Item Objective Congruence : IOC)ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50

2. การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความสอดคล้องภายใน โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลค่า $\alpha = 0.982$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 131 คน โดยทำการแจกแบบสอบถามผ่านทางอีเมลล์และแอปพลิเคชันไลน์ ภายในองค์กร โดยรายละเอียดของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดของคำถามอย่างชัดเจน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนทุกฉบับ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์การพัฒนาองค์การสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาองค์การสมรรถนะสูง โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดกาฬสินธุ์รหัสโครงการวิจัย KLS.REC 75/2566 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์วิจัยประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัยให้รับทราบพร้อมแสดงความยินยอมตามแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย มีได้บังคับ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (66.4%) มีอายุในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด (34.40%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (60.30%) และมีอายุราชการอยู่ในช่วง 10-19 ปี (35.90%)

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์การพัฒนางค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับกำลังพัฒนา มีค่าคะแนน (62.03%) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับกำลังพัฒนาทุกด้าน โดยเรียงค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านผลลัพธ์การพัฒนางค์กรสมรรถนะสูง (Result) มีคะแนนมากที่สุด (63.70%) รองลงมา คือ ด้านการใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลผลิตภาพและบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ (Technology) (63.36%) ด้านการทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (Target) (62.60%) ด้านการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี (Teamwork & Talent) (61.92%) ตามลำดับ และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านการสร้างควมไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กรและเครือข่าย (Trust) (60.03%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนน ความคิดเห็นระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงตามแนวทางการพัฒนางค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

องค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ
Trust (คะแนนเต็ม 500)	300	60.03	กำลังพัฒนา
Teamwork & Talent (คะแนนเต็ม 500)	310	61.92	กำลังพัฒนา
Technology (คะแนนเต็ม 200)	127	63.36	กำลังพัฒนา
Target (คะแนนเต็ม 200)	125	62.60	กำลังพัฒนา
Result (คะแนนเต็ม 400)	254	63.70	กำลังพัฒนา
ภาพรวม	1116	62.03	กำลังพัฒนา

3. ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.66, SD.=0.57) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ

ด้านกลยุทธ์องค์กร (Mean=3.87, SD.=0.84) รองลงมา คือด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ (Mean=3.82, SD.=0.67) และด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (Mean=3.71, SD.=0.74) พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน (Mean=3.46, SD.=0.61) และด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่ (Mean=3.43, SD.=0.67) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนางองค์กรสมรรถนะสูง

ปัจจัยการพัฒนางองค์กรสมรรถนะสูง	Mean(SD.)	ระดับ
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (X_1)	3.71(0.74)	มาก
สภาพแวดล้อมในการทำงาน (X_2)	3.46(0.61)	ปานกลาง
การบริหารองค์กรสมัยใหม่ (X_3)	3.43(0.67)	ปานกลาง
กลยุทธ์องค์กร (X_4)	3.87(0.84)	มาก
เทคโนโลยีสารสนเทศ (X_5)	3.82(0.67)	มาก
รวม	3.66(0.57)	มาก

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ ด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่และด้านกลยุทธ์องค์กร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในระดับสูง ($R=0.767$) มีอำนาจในการ

พยากรณ์ ได้ร้อยละ 58.9 ($R^2 = 0.589$) และมีความคาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์ (SEE) เท่ากับ 11.573 โดยด้านที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่ ($Beta=0.501$) รองลงมาคือด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ($Beta=0.186$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยวิธี Enter

ปัจจัย	B	SE	Beta	t	p	Tolerance	VIF
ค่าคงที่	-14.148	6.915		-2.046**	0.043		
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (X_1)	1.025	2.260	0.043	0.453	0.651	0.373	2.679
สภาพแวดล้อมในการทำงาน (X_2)	-0.972	2.031	-0.033	-0.479	0.633	0.676	1.479
การบริหารองค์กรสมัยใหม่ (X_3)	13.255	2.801	0.501	4.732**	0.000	0.293	3.414
กลยุทธ์องค์กร (X_4)	3.907	1.684	0.186	2.321**	0.022	0.510	1.963
เทคโนโลยีสารสนเทศ (X_5)	3.941	2.229	0.148	1.768	0.007	0.467	2.141

$R= 0.767$, $R^2 = 0.589$, $Adj. R^2 = 0.573$, $SEE = 11.573$, $F = 35.823^{**}$

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\hat{Y} = -14.148 + 1.025(X_1) - 0.972(X_2) + 13.255(X_3) + 3.907(X_4) + 3.941(X_5)$$

$$\hat{Z}_y = 0.043(Z_{X_1}) - 0.033(Z_{X_2}) + 0.501(Z_{X_3}) + 0.186(Z_{X_4}) + 0.148(Z_{X_5})$$

สัญลักษณ์แทนในสมการ

\hat{Y} หมายถึง ความเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

- X₁ หมายถึง ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
- X₂ หมายถึง ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน
- X₃ หมายถึง ด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่
- X₄ หมายถึง ด้านกลยุทธ์องค์กร
- X₅ หมายถึง ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

วิจารณ์

1. ระดับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับกำลังพัฒนา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ตามเกณฑ์ MoPH-4T โดยเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2566 การสื่อสารทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินงานตามเกณฑ์ดังกล่าวยังไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมทั่วถึงบุคลากรทุกคนในองค์กร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องชี้แจงแนวปฏิบัติให้ชัดเจน และนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นำไปปรับปรุงและพัฒนาในด้านต่างๆ ที่ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องตามเกณฑ์การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า

2.1 ด้านกลยุทธ์องค์กรมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวลัยพร สุขปลั่ง และคณะ⁵ พบว่าองค์ประกอบในการพัฒนาบุคลากรมุ่งสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักคือ 1) ด้านการมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรในองค์กร 2) ด้านการกำหนดทิศทางกลยุทธ์ขององค์กร 3) ด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง 4) ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 6) ด้านวัฒนธรรมองค์กรและ 7) ด้านสภาพแวดล้อม และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของรังสรรค์ ตรงฉากและฐานันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กร

สมรรถนะสูงของเจ้าหน้าที่ตำรวจกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่าในด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การวางแผนของหน่วยงานยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนต่อการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและสิ่งท้าทาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการกำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ และนโยบาย มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของจังหวัดและจัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการกิจกรรมที่มีการระบุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดและแนวทางในการปฏิบัติอย่างชัดเจน มีการถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลและนำผลที่ได้มาปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเห็นว่าด้านกลยุทธ์องค์กรเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการพัฒนาองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมุ่งเน้นที่กระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์และการทำให้องค์กรดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน สามารถถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่ผู้ปฏิบัติได้ทั่วถึงและชัดเจน

2.2 ด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวิชญ์ เทพสินธพ⁷ ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่มีอิทธิพลในเชิงบวกต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตภาคเหนือตอนล่าง และสอดคล้องกับธนกิจ ยงยุทธและคณะ⁸ พบว่าปัจจัยการนำองค์การ การบริหารยุทธศาสตร์ การบริหารองค์กรสมัยใหม่และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงทางบวก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้วิจัยเห็นว่าการบริหารองค์กรสมัยใหม่มีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ควรมีการจัดโครงสร้างองค์กรให้มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนไปตามภารกิจ มีการนำเทคนิคและวิธีการ

ทางการบริหารแบบสมัยใหม่มาใช้ในองค์กร และนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน มีการกระจายอำนาจการทำงาน เน้นการทำงานเป็นทีม เน้นผลงานที่เป็นรูปธรรมมากกว่ากฎระเบียบ ส่งเสริมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มี 2 ปัจจัย คือ ด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่ (X_3) และด้านกลยุทธ์องค์กร (X_4)

3.1 ด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่พบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอิทธิพลทางบวกหรือมีอำนาจในการพยากรณ์ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิกิต มุลเพ็ญและอดิพร เกิดเรือง⁹ ซึ่งพบว่า ปัจจัยการบริหารองค์กรสมัยใหม่ ภาวะผู้นำและลักษณะเฉพาะองค์การสมรรถนะสูงที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน เพื่อเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของกองบังคับการสายตรวจและปฏิบัติการพิเศษ กองบัญชาการตำรวจนครบาล ได้แก่ กลยุทธ์ โครงสร้างองค์กร รูปแบบบริหารหรือการควบคุมทักษะบุคลากร ระบบปฏิบัติการ วิสัยทัศน์ผู้นำและความยืดหยุ่นของผู้นำในองค์การภาครัฐและสอดคล้องกับมยูลี ปันทะโชติและปริยาภรณ์ ตั้งคุณานันต์¹⁰ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 2 ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่และด้านการนำองค์กร สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 68.90 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่า ด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาองค์กรที่มีสมรรถนะสูงเกิดประสิทธิผลสูงสุด ดังนั้นควรมุ่งเน้นแนวทางที่จะพัฒนากระบวนการบริหารให้มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารต้องมีเป้าหมายและวิสัยทัศน์ในการทำงาน มีคุณธรรมจริยธรรม เป็นแบบอย่างที่ดีและน่าเชื่อถือเคารพศรัทธาต่อบุคลากรในองค์กร มีการกำหนดแนวทางในการลด

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน มีนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เปิดใจกว้าง ยอมรับความคิดเห็น มีการสร้างขวัญกำลังใจและความภาคภูมิใจต่อองค์กร

3.2 ด้านกลยุทธ์องค์กร พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอิทธิพลทางบวกหรือมีอำนาจในการพยากรณ์การพัฒนาองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ในอันดับที่ 2 รองจากด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวารุณี ภูมิศรีแก้วและธนวิทย์ บุตรอุดม¹¹ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของเทศบาลอุดรธานี ได้แก่ ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ด้านผลลัพธ์การดำเนินการตามลำดับ ปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงเทศบาลอุดรธานี ได้ร้อยละ 75.74 โดยด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของเทศบาลอุดรธานี ที่มีอิทธิพลทางบวกหรือมีอำนาจในการพยากรณ์ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอรุโณทัย สุริยะและธนาญ ภูวิทย์ยาธร¹² พบว่า ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร ด้านบุคลากรและด้านค่านิยมร่วมส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพสูง ของบุคลากรในสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 4 (สุราษฎร์ธานี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีอำนาจในการพยากรณ์ร้อยละ 85.00 จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านกลยุทธ์องค์กรเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้เช่นเดียวกัน ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร เพื่อใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ มีการถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร มีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีน้ำหนักพหุคูณสูงสุด คือ ปัจจัยด้านการบริหารองค์กรสมัยใหม่ ดังนั้นหากต้องการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นองค์กรสมรรถนะสูง จึงควรมีการปรับปรุงระบบการบริหารที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน มีการกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาองค์กรตามศักยภาพ มีการสนับสนุนบุคลากรในการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ให้ความสำคัญการทำงานเป็นทีมมากกว่าการทำงานแบบเฉพาะตัวบุคคล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถร่วมกันทำงานที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมสมองร่วมกัน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นริเริ่ม มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เช่น ปัจจัยด้านผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านความผูกพันองค์กร ด้านวัฒนธรรมองค์กร เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยดังกล่าว อาจจะมีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือแนวทางการพัฒนาองค์กรสู่ระบบราชการ 4.0. กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2561.

2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2556-2561). กรุงเทพมหานคร: วิชั่นพรีนธ์แอนด์มีเดีย; 2556.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการรายงานระบบการพัฒนางานองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร; 2565.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการพัฒนางานองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปีงบประมาณ 2562-2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://pmqa.moph.go.th>
5. วลัยพร สุขปลั่ง, กนกวรรณ พลเทพ, จริญญา กิ่งโพธิ์, จุรีรัตน์ จันทาทอง, รุ่งฤดี เทพวงศ์, ศิริศักดิ์ สารบาล. การพัฒนาบุคลากรมุ่งสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูง [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bba.ubru.ac.th/files/researchfiles/attachment-1623636127.pdf>
6. รังสรรค์ ตรงฉาก, ฐันนตรีศักดิ์ บวรนนท์กุล. การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง: ศึกษากรณีกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2562;15(1):23-34 .
7. วิษณุ เทพสินธพ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์การสมรรถนะสูงขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตภาคเหนือตอนล่าง. [วิทยานิพนธ์]. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2560.
8. ธนกิจ ยงยุทธ, พนมพัทธ์ สมิตานนท์, นพพล อัครชาติ. การพัฒนาเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของเรือนจำ อำเภอยะบะตาบ จังหัดลพบุรี. วารสารการบริหารปกครอง. 2564;10(1):474-97.

9. ปกิต มูลเพ็ญ, อติพร เกิดเรือง. ประสิทธิภาพการดำเนินงานเพื่อเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของกองบังคับการสายตรวจและปฏิบัติการพิเศษ กองบัญชาการตำรวจนครบาล. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์. 2564;6(2):49-62.
10. มยุลี ปันทะโชติ, ปริยาภรณ์ ตั้งคุณานันต์. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2564;13(1):195-209.
11. วารุณี ภูมิศรีแก้ว, ธนวิทย์ บุตรอุดม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของเทศบาลนครอุดรธานี. วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ปริทัศน์. 2564;9(1):25-36.
12. อรุโณทัย สุริยะ, ธนาญ ภูวิทยาธร. ปัจจัยการบริหารจัดการที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพสูงของสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 4 (สุราษฎร์ธานี) [การค้นคว้าอิสระ]. สุราษฎร์ธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2564

อุบัติการณ์การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Infection Incidence and Risk Factors for Peritonitis in Peritoneal Dialysis Patients, Detudom Crown Prince Hospital

ธิติมา สายสุด*

Thitima Saisud

Corresponding author: Email: thitimasaisut@gmail.com

(Received: September 5, 2023; Revised: September 12, 2023; Accepted: October 7, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากผลไปหาเหตุ (Case-Control Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปจำนวน 125 ราย เก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - เดือนมีนาคม 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลการรักษา มีค่า IOC เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยใช้การทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง 125 คน มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 20 ราย คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ 0.20 ครั้ง/ราย/ปี และผู้ป่วยที่มีค่าอัลบูมิน $<3.5\text{g/dL}$ มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มีค่าอัลบูมิน $\geq 3.5\text{g/dL}$ เป็น 3.74 เท่า

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรนำผลวิจัยที่ได้ไปพัฒนา สร้างแบบแผนในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงเพื่อเกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องต่อไป

คำสำคัญ : การล้างไตทางช่องท้อง; การติดเชื้อช่องท้องอักเสบ; ปัจจัยเสี่ยง

ABSTRACT

Purpose : To study the incidence of infection and risk factors for peritonitis in peritoneal dialysis patients.

Study design : Case-Control Study

Materials and Methods : The sample group is Patients with end-stage kidney disease receiving kidney replacement therapy with peritoneal dialysis. Detudom Crown Prince Hospital Aged 20 years and over, a total of 125 cases. Data were collected retrospectively from October 2022 - March 2023 by collecting clinical data. Infection rates the tools used include: General data recording form and Treatment data recording form. The IOC value is 0.84. The statistics used for data analysis are Descriptive statistics and comparing data between groups using the chi-square test.

Main findings : 125 of patients were receiving peritoneal dialysis treatment, with 20 infected persons, accounting for an infection rate of 0.20 times/case/year. And Patients with albumin values than $< 3.5\text{g/dL}$ higher risk than those with albumin values less than $\geq 3.5\text{g/dL}$ is 3.74.

Conclusion and recommendations : The research results should be used for development. Create a concrete model for preventing peritoneal infection in patients undergoing kidney replacement therapy with peritoneal dialysis so that it can be practically used to be effective in preventing further peritoneal infection.

Keywords : Peritoneal dialysis; Peritonitis infection; Risk factors

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงสถานการณ์โรคไตเป็นปัญหาระดับโลก เนื่องจากแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคไตเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยปี 2564 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 2 แสนคน ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายได้รับการรักษาโดยการทดแทนไต 3 วิธี คือ 1) การฟอกเลือด (Hemodialysis) 2) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) และ 3) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant)² ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายในประเทศไทยเริ่มมีการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneum Dialysis) มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนที่รักษาด้วยวิธีนี้สามารถเข้าถึงการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา³ ซึ่งเป็นไปตามยุทธศาสตร์การดำเนินงาน Renal Replacement Therapy (RRT) ทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงและได้รับบริการทดแทนไตอย่างมีคุณภาพ ประโยชน์ของการล้างไตทางช่องท้องคือ เป็นวิธีที่ง่ายสามารถทำได้เองที่บ้าน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายโอกาสในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทำงานประจำได้⁴ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้อง คือ การรั่วของท่อน้ำยาล้างไต, เลือดออกจากแผลไขมันในเลือดสูงน้ำตาลในเลือดสูง น้ำท่วมปอด ท่อล้างไตอุดตัน การติดเชื้อจาก Exit site การติดเชื้อที่ช่องสายออกนํ้ายาไม่ไหล ปลายสายอยู่ผิดตำแหน่ง ปวดท้องขณะเปลี่ยนนํ้ายา ปวดหลัง ไล่เลื้อน บวมบริเวณหน้าท้องและอวัยวะเพศ และการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง⁵

การติดเชื้อทางช่องท้อง (Peritonitis) เป็นอาการเจ็บป่วยหลักของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง⁶ ผลกระทบจากการติดเชื้อในช่องเยื่อช่องท้อง ได้แก่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นสาเหตุหลักทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดแทนผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน

มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หากมีการจัดการไม่ดีสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁷ จากการศึกษาพบปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องได้แก่ ระยะเวลาในการรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ อาชีพ เพศ อาชีพและการศึกษาของผู้ดูแล⁸ การปนเปื้อนเชื้อโรคขณะเปลี่ยนสายต่อท่อล้างไตหรือขณะเปลี่ยนถ่าน้ำยาล้างไต เทคนิคที่ไม่ถูกต้องหรืออุปกรณ์ในการเปลี่ยนถ่าน้ำยาล้างไตชำรุด การไม่รักษาความสะอาด ภาวะโภชนาการ การหลงลืมของผู้ดูแลที่สูงอายุ⁹ ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์ทางบวกทำให้เกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขตอุดมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 350 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายดูแลโรงพยาบาลลูกข่าย 5 อำเภอ มีหน่วยตรวจผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หน่วยล้างไตทางช่องท้องและหอผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 2,332 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 404 คน (7.32%) เป็นผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องจำนวน 155 คน จากจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 38.30 (ข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 - เดือนกันยายน พ.ศ.2564) เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 51 คน (32.90%) และผู้ป่วยรายเก่าจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.01 ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องทั้งหมดตามลำดับ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจำนวน 53 คน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในเยื่อช่องท้องทุกรายแพทย์ รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 7- 21 วัน คิดเป็นค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 15,498 บาท/ครั้ง จากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อช่องท้องทั้งหมดมีผู้ป่วยติดเชื้อซ้ำซ้อน 3 ครั้ง จำนวน 3 คน ผู้ป่วยติดเชื้อซ้ำซ้อน 2 ครั้ง จำนวน 10 คน และมีผู้ป่วยติดเชื้อในเยื่อช่องท้องเสียชีวิตทั้งหมด 2 ราย

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเยื่อในช่องท้องในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อทราบถึงอัตราการติดเชื้อจากการลำไส้ทางหน้าท้องชนิดที่พบหรือตรวจไม่พบเชื้อรวมถึงปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเยื่อในช่องท้องอีกเสบ เพื่อใช้เป็นแนวทางที่ชัดเจนในการจัดการและส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเยื่อในช่องท้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไตด้วยการลำไส้ทางช่องท้องช่วยลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลลดอัตราการติดเชื้อซ้ำซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อช่องท้องอีกเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยที่ศึกษาจากผลไปหาเหตุ (Case-Control Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการลำไส้ทางช่องท้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่ติดเชื้อในเยื่อช่องท้องตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566 ทั้งหมดจำนวน 113 ราย กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการลำไส้ทางช่องท้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ทำการรักษาว่าติดเชื้อในช่องท้องและมีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ส่วนกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการลำไส้ทางช่องท้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่ไม่ติดเชื้อก่อโรคโดย มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย (Inclusion criteria)

กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการลำไส้ทางช่องท้องโดยมีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีประวัติการติดเชื้อในช่องท้องจากการ

ลำไส้เป็นครั้งแรก มีผลตรวจพบเม็ดเลือดขาว >100 cell/HPF และ PMN $>50\%$ ก่อนได้รับยาต้านจุลชีพ มีผลตรวจยืนยันการติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการจุลชีพ

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการลำไส้ทางช่องท้องโดยมีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป และไม่ติดเชื้อก่อโรคในช่วงระยะเวลาที่ทำการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยมีข้อมูลการรักษาที่ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และแบบบันทึกข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับฮีโมโกลบิน ระดับฮีมาโตคิต ระดับอัลบูมิน ระดับโพแทสเซียมในเลือด และผลเพาะเชื้อในน้ำยาลำไส้ เป็นแบบบันทึกรายการ และแบบเดิมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาเครื่องมือ (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมไต 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้าน การบำบัดทดแทนไต 2 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้ (1) ทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อขอใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและค้นหารายชื่อผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการลำไส้ทางช่องท้อง (2) เลือกกลุ่มตัวอย่าง (3) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล และ (4) ตรวจสอบความครบถ้วน และถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test
3. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโดยการหาค่า Odds ratio และทดสอบด้วยสมการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี หนังสือเลขที่ SSJ.UB 2565-75 มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ของหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - เดือนมีนาคม 2566 ทั้งหมดจำนวน 125 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา 20 ราย กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 11 คน (8.8%) อายุเฉลี่ย 55.23 ปี (SD.=12.17) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 60 คน (48.0%) อายุเฉลี่ย 55.93 ปี (SD.=12.07) ส่วนใหญ่ลักษณะของข้อมูลสองกลุ่มนี้มีลักษณะไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	11(8.8)	60(48.0)	.86
หญิง	9(7.2)	45(36.0)	
อายุ			
≤60 ปี	12(9.6)	62(49.6)	.88
>60 ปี	8(6.4)	43(34.4)	
Mean(SD)	55.23(12.17)	55.93(12.10)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2(1.6)	10(8.0)	.84
มัธยมศึกษา	18(14.4)	95(76.0)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
อาชีพ			
เกษตรกร	8(6.4)	48(38.4)	.34
รับจ้าง/ค้าขาย	12(9.6)	57(45.6)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)			
<23	9(7.2)	43(34.4)	.83
≥23	11(8.8)	62(49.6)	
Mean(SD)	23.43(3.32)	23.44(3.36)	
โรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)			
ความดันโลหิตสูง	13(10.4)	86(68.8)	.24
เบาหวาน	1(0.8)	16(12.8)	.63
โรคไขมันในเลือดสูง	2(1.6)	20(16.0)	.13
โรคหัวใจ	2(1.6)	20(16.0)	.35

จากการศึกษาพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่วง เดือน ตุลาคม 2565 – เดือนมีนาคม 2566 0.20 ครั้ง/ผู้ป่วย/ปี โดยตรวจไม่พบเชื้อถึง 10 ราย (50.0%) โดยเชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นแบคทีเรียแกรมลบ พบ 6 ราย (30.0%) ได้แก่

เชื้อ *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas aeruginosa* และแบคทีเรียแกรมบวก พบ 4 ราย (20.0%) ได้แก่ *Enterococcus spp.* และ *Corynebacterium spp.* ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเชื้อที่แยกได้จากการส่งตรวจเพาะเชื้อ

เชื้อแบคทีเรีย	จำนวน(%)
ไม่พบเชื้อ	10(50.0)
<i>Enterococcus spp.</i>	3(15.0)
<i>Klebsiella pneumonia</i>	3(15.0)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2(10.0)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1(5.0)
<i>Corynebacterium spp</i>	1(5.0)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อแบคทีเรียในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อแบคทีเรียในผู้ป่วยที่ได้รับ

การล้างไตทาง ช่องท้องพบว่า ระดับอัลบูมินต่ำกว่า 3.5 g/dL (OR=3.74; 95%CI:1.08,13.91; p =.03) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	Chi-square	OR	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
อายุ					
≤60 ปี	12(9.6)	62(49.6)	0.51	1.00	.42
>60 ปี	8(6.4)	43(34.4)		0.72	
โรคเบาหวาน					
ไม่เป็น	19(15.2)	89(71.2)	1.84	1.00	.46
เป็น	1(0.8)	16(12.8)		0.72	
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่เป็น	7(5.6)	19(15.2)	0.32	1.00	.54
เป็น	13(10.4)	86(68.8)		1.43	
โรคหัวใจ					
ไม่เป็น	18(14.4)	85(68.0)	1.43	1.00	.21
เป็น	2(1.6)	20(16.0)		2.12	
ดัชนีมวลกาย (BMI)					
<23	9(7.2)	43(34.4)	0.02	1.00	.34
≥23	11(8.8)	62(49.6)		1.56	
Hematocrit					
<30%	16(12.8)	75(60.0)	1.04	1.00	.23
≥30%	4(3.2)	30(24.0)		1.45	
Potassium					
<4	16(12.8)	25(20.0)	0.15	1.0	.56
≥4	4(3.2)	80(64.0)		1.34	
Albumin					
≥3.5g/dL	15(7.2)	49(39.2)	4.72	1.00	0.03
<3.5g/dL	5(7.2)	5(52.0)		3.74	

วิจารณ์

การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 125 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 105 คน พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง 0.20 ครั้ง/ผู้ป่วย/ปี เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลโพธาราม พบอัตราการติดเชื้อ 0.67 ครั้ง/ราย/ปี¹⁰ ซึ่งการศึกษานี้มีค่าน้อยกว่าและผ่านเกณฑ์ของ ISPD guideline

จากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบพบว่า ภาวะอัลบูมินต่ำน้อยกว่า 3.5g/dL ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนราภรณ์ ท่อนโพธิ์¹¹ และการศึกษาของสำราณ พลเดชาและคณะ¹² แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์⁹ ซึ่งพบว่า ภาวะชิตและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบและการศึกษาของอาทิตย์อา อติวิชญานนท์¹³ ซึ่งพบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยล้างไต ซึ่งจุดอ่อนของการศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง อาจทำให้การเก็บข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วนรวมถึงไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจึงอาจทำให้ข้อมูลบางส่วนเก็บได้ไม่ครบถ้วน รวมถึงไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ หากสามารถทำการศึกษาไปข้างหน้าถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อได้ อาจทำให้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อมากขึ้น

2. จากผลการศึกษาคัดกรองผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3.5 ให้เข้ารับการรักษาทางด้านโภชนาการและเข้าโครงการสนับสนุนการได้รับไข่ขาว และ

กำกับติดตามให้ผู้ป่วยมีระดับอัลบูมินมากกว่า

3. ทบพจนเกณฑ์การให้ยา erythropoietin ให้ถูกต้องเหมาะสมในการรักษาภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง รวมถึงการกำกับติดตามการได้รับยาของผู้ป่วยให้ได้ตามเกณฑ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีผลวิจัยที่ได้ไปพัฒนาสร้างแบบแผนในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงเพื่อเกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://www.dms.go.th>
2. วาสนา สนวนพฒ. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(2):286-9.
3. กองทุนโรคไตวาย สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานโครงการล้างไตผ่านทางช่องท้องในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า CAPD. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://kdf.nhso.go.th/from_login1.php
4. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;18(ฉบับพิเศษ):17-24.
5. วราทิพย์ แก่นการ. การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง: บทบาทท้าทายภายใต้ นโยบาย PD first policy = Holistic nursing in CAPD patients: Challenge role under PD first policy. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;33(4): 6-14.

6. Pirano B, Bernadini J, Figueiredo E. Peritoneal Dialysis-Related Infections Recommendation: 2016 Update. 2016;36(5):481-508.
7. วรลักษณ์ ฉัตรรัตนารักษ์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559;34(2):58-66.
8. ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือนของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง. ว.วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2561;29(1):17-28.
9. ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์. การติดเชื้อของการล้างไตในช่องท้องของโรงพยาบาลสุรินทร์.ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559; 31(4):60-7.
10. ธวัช เตียววิไล, รสสุคนธ์ ต้นติวิชิตเวช. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม . วารสารแพทย์ เขต 4-5 2563;39:51-64.
11. นราภรณ์ ท่อนโพธิ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(8):167-76.
12. สำราณ พลเตชา, นันท์ นกทอง, วัลลภา ช่างเจราจา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตในช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา. 2561;1(3):3-10.
13. อาทิตยา อติวิชญานนท์. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2558;21(2):172-185.

การพัฒนาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

The Development of Prevention's Model to Repeated Pregnancy among Adolescent Mothers of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province

ทิพานันท์ แคนสีแก้ว* นุสรุา ธนเหมะธูลิน** อุไรวรรณ สอนเสนา*** ยูวลักษณ์ คำนวน****

Thipanan Daenseekaew, Nusara Thanahematulin, Uraiwan Sornsena, Yuwalax kamnuan

Corresponding author: E-mail: Thipanan6224@gmail.com

(Received: September 6, 2023; Revised: September 13, 2023; Accepted: October 8, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ที่เหมาะสม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นวัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ 16 คน และ (2) กลุ่มที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 33 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : การพัฒนาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ประกอบด้วย ขั้นตอน การให้คุณค่าแก่ตัวเอง (Value) การให้ความรู้ (Knowledge) ครอบครัว (Family) ความตระหนัก (Awareness) และทักษะการเอาตัวรอด (Survival skills) หลังการพัฒนาพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและความพึงพอใจที่มารับบริการ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแบบที่ได้ประสิทธิภาพและควรนำไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ : รูปแบบ; การตั้งครรภ์ซ้ำ; วัยรุ่น

ABSTRACT

Purpose : To study the development of Prevention's Model to repeated pregnancy among adolescent mothers of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province for suitable

Study design : Action research.

Materials and Methods : The target group was adolescents who gave birth at Chiang Yun Hospital, divided into 2 groups: (1) a group used for process development consisting of 16 individuals, and (2) a group used for data collection comprising 33 individuals. Data were collected using questionnaires and analyzed using frequencies, percentages, mean values, and standard deviations. A paired t-test was conducted with a significance level set at .05, and content analysis was performed.

Main findings : The development of Prevention's Model to repeated pregnancy among adolescent mothers of Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham province. Consists of steps including value, knowledge, family, awareness and survival skills. After development, it was found that the target groups had a difference in the mean scores of their knowledge in preventing repeated pregnancies, attitudes towards prevention of repeat pregnancy, behaviors to prevent repeat pregnancy and satisfaction in receiving services was higher than before the experiment with a statistical significance of .05

Conclusion and recommendations : This study indicates that the model is effective and should be trailed in other areas to maximize its benefits.

Keyword : Model; Repeated pregnancy; Adolescent

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) หรือ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร หมายถึงการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10 ถึง 19 ปี อายุไม่เกิน 20 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร สามารถแบ่งแยกเป็น 2 ช่วงอายุ คือ วัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 10-14 ปี และช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุ 15-19 ปี¹ โดยวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เชื่อมต่อระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากลอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงอ่อนไหวง่ายจึงอาจซึมซับและจดจำ ค่านิยมรวมถึงเลียนแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ หากขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องอาจส่งผลทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ (Unintended pregnancy) การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านวุฒิภาวะ ด้านเศรษฐกิจ มีศักยภาพไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่ดีในการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังขาดความพร้อมในหลายๆด้านจึงมิใช่วัยที่สมควรจะมีครอบครัวหรือมีบุตรที่ต้องให้การดูแลเลี้ยงดู²

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีวัยรุ่นตั้งครรภ์ประมาณ 21 ล้านคน องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดมาตรฐานการเฝ้าระวัง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากรในวัยนี้ 1,000 คน รวมทั้งองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น Adolescent birth rate เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปีพ.ศ 2573¹ ประเทศไทยจากรายงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการคลอดในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 0.8 ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน อัตราการคลอดในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 21.0 ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน จำนวนร้อยละของการคลอดในวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปีคือ 8.8³ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมหรือไม่พึงประสงค์รวมทั้งไม่พร้อมที่จะดูแลทารกที่เกิดมาใหม่เพราะวัยรุ่นยังต้องการการพึ่งพาจากญาติ

วัยรุ่นมีความเป็นผู้ใหญ่ที่ยังไม่สมบูรณ์ส่งผลให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุข ด้านสังคมตลอดจนพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ บางคนอาจจะเผชิญกับความรู้สึกสูญเสีย ความเครียด ความกลัว วิตกกังวล รู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้⁴

จากข้อมูลการรายงานของโรงพยาบาลเชียงใหม่ที่ผ่านมา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง ภาวะชัตในขณะตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ในส่วนของทารกจะมีความเสี่ยงได้เช่นกัน ได้แก่ การเสียชีวิตหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ทารกมีความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งโรงพยาบาลเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 60 เตียง ให้บริการประชากรทั้งหมดของอำเภอเชียงใหม่ 60,319 คน นอกจากนี้ ยังให้บริการด้านการคลอดแก่ประชากรที่อยู่ในอำเภอขึ้นชม ที่มีประชากร 24,628 คน⁵ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลขึ้นชมยังไม่เปิดบริการห้องคลอด บวกกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลเชียงใหม่ยังไม่มีรายงานการศึกษาที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมาก่อนจึงทำให้คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาข้อมูลพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากปัญหาดังกล่าว การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อเร่งการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ของประชากรวัยนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักและสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงและการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อป้องกัน มีการวางแผนที่

เหมาะสม และมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁶ ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 16 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม และ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ด้านข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม โดยนำข้อมูลบริบท และนโยบายรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขมาออกแบบพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของ

โรงพยาบาลเชียงใหม่ เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป ประกอบด้วย การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบท 2) ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มีแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอด จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่สาธารณะผ่านการประชาสัมพันธ์ และการสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์ ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ แนวทางสนับสนุนพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อหารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยประเมินผู้ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 33 คน ด้านความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทักษะคิดต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มารับบริการของวัยรุ่นที่มารับบริการทำคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตัวแทนวัยรุ่น 5 คน ตัวแทนครอบครัววัยรุ่น 5 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลงานห้องคลอด 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวม 16 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ วิทยุรุ่นที่มาตลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอด ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดและส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มในการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอด ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกคลอด และผู้ดูแลเลี้ยงดูบุตร จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทักษะคิดต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มีารับบริการของวัยรุ่นนที่มาตลอดที่โรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต และใช้แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อประเมินคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทักษะคิดต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มีารับบริการของวัยรุ่นนที่มาตลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามก่อนการทดลอง โดยใช้ระยะเวลา

ดำเนินการ 1 เดือน โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามของผู้ร่วมกระบวนการ

ระยะที่ 2 ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน ได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตัวแทนวัยรุ่นน 5 คน ตัวแทนครอบครัววัยรุ่นน 5 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลงานห้องคลอด 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวม 16 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามและบริบทอื่น การสนทนากลุ่ม (Focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และเป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 4-6 คน โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง (Brain storming) เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดโดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (Facilitator) เพื่อให้เกิดแนวทางพัฒนารูปแบบ

การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ และวัดผลโดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 33 คน เพื่อประเมินคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มารับบริการของวัยรุ่นนที่มากลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่หลังการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณจากการแบบสอบถามการสัมภาษณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นนในลักษณะส่วนบุคคล และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นนหลังคลอดจะทำกรวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนวัยรุ่นน ตัวแทนครอบครัววัยรุ่นน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลงานห้องคลอด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จัดทำกรวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ

รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วยคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มารับบริการของวัยรุ่นนที่มากลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ CY 12/2565

ผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นนที่มากลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 33 คน มีอายุเฉลี่ย 17.6 ปี (SD.=18.0 ปี) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (78.8%) ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (75.8%) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.0 สัปดาห์ ($P_{25}=37.0$ สัปดาห์: $P_{75}=39.0$ สัปดาห์) มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 2,920 กรัม ($P_{25}= 2,840$ กรัม: $P_{75}=3,060$ กรัม) และผู้ดูแลเลี้ยงดูบุตรเป็นมารดาและสามี (54.5%) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของวัยรุ่นนที่มากลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ (n=33 คน)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี) Mean (SD.)17.6(18.0)	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	4(12.1)
มัธยมศึกษา	26(78.8)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป	3(9.1)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	ครั้งแรก	25(75.8)
	ครั้งที่ 2	8(24.2)
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	Median (P ₂₅ : P ₇₅)	38.0(37.0: 39.0)
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)	Median (P ₂₅ : P ₇₅)	2,920(2,840: 3,060)
ผู้ดูแลเลี้ยงดูบุตร	มารดาและสามี	18(54.5)
	ญาติพี่น้อง	15(45.5)

2.การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
หลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 1 วันที่ 12-13
เดือนธันวาคม 2565 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย ตัวแทน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตัวแทนวัยรุ่น 5 คน
ตัวแทนครอบครัววัยรุ่น 5 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
1 คน พยาบาลงานห้องคลอด 1 คน และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน
รวม 16 คน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) เพื่อพัฒนา
รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอด
เริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน
โดยกิจกรรมการแนะนำตัว การจำชื่อเพื่อนในกลุ่ม
และการแลกเปลี่ยนข้อมูลวัยรุ่น ปัญหาวัยรุ่นการป้องกัน
การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอด ประสบการณ์
การให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่เกิดปัญหา และแรงบันดาลใจ
และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในรูปแบบการป้องกันการตั้ง
ครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอด และกระบวนการ Future
Search Conference: FSC การมองอดีต เห็นปัจจุบัน และ
วาดภาพในอนาคตที่อยากให้วัยรุ่นมีความปลอดภัย 2) การ
ปฏิบัติการตามแผน (Act) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการใน
การเสริมสร้างพลังให้กับคนในชุมชนที่เป็นตัวแทนคนทั้ง
พื้นที่ ประกอบด้วย ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ตัวแทนวัยรุ่น ตัวแทนครอบครัววัยรุ่น แพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัว พยาบาลงานห้องคลอด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้ามามีส่วนร่วมและ
ส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้จักคิดแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องผ่าน
กระบวนการเล่าสถานการณ์ทั่วไปและโยนคำถามผ่าน
กิจกรรมการสร้างความตระหนัก การรับรู้สภาพการณ์
ความเป็นจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
โดยจัดกิจกรรมการหาแนวการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
หลังคลอด 3) การติดตามการปฏิบัติการตามแผน
(Observe) ตรวจสอบการจัดกิจกรรมและแผนการควบคุม
กำกับและติดตามผลการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
หลังคลอด 4) การสังเกตการณ์ปฏิบัติการและการ
สะท้อนผล (Reflect) จากการประเมินติดตามกิจกรรมการ
ดำเนินงานตามแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
หลังคลอด พบประเด็นที่อาจต้องบันทึกเป็นกิจกรรมหลาย
ประเด็นเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนากระบวนการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วย ความรู้
ทัศนคติ การให้คุณค่าหรือค่านิยมที่ถูกต้อง การได้ความรัก
จากครอบครัว ทักษะชีวิต รวมถึงการส่งเสริมให้มีการ
เข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
หลังคลอด

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 2 วันที่ 16-17
เดือนมกราคม 2566 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย ตัวแทน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตัวแทนวัยรุ่น 5 คน

ตัวแทนครอบครัววัยรุ่น 5 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลงานห้องคลอด 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวม 16 คน เริ่มจากการทบทวนแนวทางการพัฒนารูปแบบและการดำเนินการตามแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอด ปัญหาอุปสรรค เครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น การติดตามดูแลจากเครือข่ายและผู้ปกครองที่ควบคุมเกิดความเข้าใจระหว่างวัยรุ่น ผู้ปกครอง และสังคม รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ที่จะต้องเข้ามาร่วมกันในการสอดส่องดูแลและรับผิดชอบปัญหาาร่วมกัน เกิดการประสานงานทั้งข้อมูล สถานการณ์ และการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องเพิ่มเติมคือเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของวัยรุ่นที่ค่อนข้างยากในการดูแลกำกับเนื่องจากช่องทางการสื่อสารมีหลายช่องทาง และประเด็นที่ต้องเพิ่มเติมคือทักษะชีวิตด้านการมีเพศสัมพันธ์และทักษะการตอบปฏิเสธ

จากการจัดประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง สะท้อนคิดในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจนได้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ที่นำมาใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ โดยมีรูปแบบดังนี้ (1) การให้คุณค่าแก่ตัวเอง (Value) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณค่ามีศักยภาพและภูมิใจในตนเอง ในการตระหนักรู้จักคุณค่าในตนเอง รักตัวเองเป็น กล้าเผชิญหน้ากับความถูกต้องและแก้ไขอันตรายที่มาในรูปแบบต่างๆ ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล รับฟังความคิดเห็นของ

ผู้อื่น มีความสามารถในการปรับตัวได้ดี รวมทั้ง มองโลกในแง่ดีและมีเหตุผล การได้ช่วยเหลือเป็นการสร้างคุณค่าในตัวเองในที่นี้หมายถึงการป้องกันไม่ให้เกิดตนเองตั้งครรถ์ในขณะที่ยังไม่มีความพร้อม (2) ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของวัยรุ่นในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น (3) ครอบครัว (Family) หมายถึง ความรักความผูกพันของวัยรุ่นกับคนในครอบครัว เช่น แม่ พ่อ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง และคนอื่นๆ การรักความรักที่เพียงพอ ความอบอุ่นของคนในบ้านที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน หรือที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะเป็นตัวแปรในการลดปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น (4) ความตระหนักรู้ (Awareness) หมายถึง หน้าที่อันพึงกระทำวัยรุ่นที่จะป้องกันการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำภายใต้การตระหนักรู้ถึงสิ่งที่จำทำ ประโยชน์ โทษ และผลกระทบที่จะตามมาทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม (5) ทักษะการเอาตัวรอด (Survival skills) หมายถึง คือความสามารถในการปรับตัวและจัดการในสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตรายหรือที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้น โดยรวมถึงการมีทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น

จากการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 วนรอบ ได้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่

3.ผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจของวัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มากคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่สูงกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 7.73 คะแนน (95%CI; 7.17,8.27) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น 11.55 คะแนน (95%CI; 10.53,12.55) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น 13.67 คะแนน (95%CI; 11.37,15.95) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของวัยรุ่นที่มาคลอดเพิ่มขึ้น 24.54 คะแนน (95%CI; 22.75,26.33) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มีารับบริการของวัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ก่อนและหลังการทดลอง (n=33)

ตัวแปร	Mean(SD)	Mean Diff.	95%CI	p
ความรู้				
ก่อนการพัฒนา	6.42(1.19)	7.73	7.17,8.27	<.001
หลังการพัฒนา	14.15(1.03)			
ทัศนคติ				
ก่อนการพัฒนา	10.63(2.24)	11.55	10.53,12.55	<.001
หลังการพัฒนา	22.18(1.42)			
พฤติกรรมการป้องกัน				
ก่อนการพัฒนา	15.63(3.36)	13.67	11.37,15.95	<.001
หลังการพัฒนา	29.30(5.20)			
ความพึงพอใจ				
ก่อนการพัฒนา	19.12(4.72)	24.54	22.75,26.33	<.001
หลังการพัฒนา	43.66(1.63)			

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 ครั้ง โดยได้ข้อสรุปคือ การให้คุณค่าแก่ตัวเอง (Value) ความรู้ (Knowledge) ครอบครัว (Family) ความตระหนัก (Awareness) และทักษะการเอาตัวรอด (Survival skills) เพื่อให้วัยรุ่นสามารถตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ มีทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่พร้อม และสามารถดูแลตัวเองและลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดโดยมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างปัจจัยด้านต่างๆ เพื่อให้วัยรุ่นหลังคลอดสามารถตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ ส่งเสริมให้มีทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่พร้อม และสามารถดูแลตัวเองและลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัด

มหาสารคาม สอดคล้องกับการวิจัยของพัทยา แก้วสารและคณะ⁷ พบว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ครั้งแรกต้องมุ่งเน้นร่วมกับแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มนักเรียน ประถมปลายใน 5 ประเด็น คือ 1) การให้ความสำคัญต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของผู้บริหารโรงเรียน 2) บทบาทครูผู้สอนเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ 3) การจัดรูปแบบการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาให้เหมาะสม 4) การติดตามวัดและประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา และ 5) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์โดยนำรูปแบบที่ได้มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มีารับบริการสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนทดลองในด้านความรู้เนื่องมีการรับรู้ของข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่มากขึ้น มีการเข้าใจเรื่องนี้ในระดับที่ลึกซึ้งหรืออาจมีแหล่งข้อมูลที่เพียงพอเพื่อส่งเสริมความรู้ จากกระบวนการส่งเสริมทางด้านความรู้ (Knowledge) สอดคล้องกับงานวิจัยของธันวดี ดอนวิเศษและคณะ⁸ พบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่เสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง มีทักษะการปฏิเสธการต่อรองเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำพร้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01; มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($F=28.34, p<.001$) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนทดลองในด้านทัศนคติอาจแสดงให้เห็นว่ากลุ่มนี้มีความเข้าใจและเห็นคุณค่าในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมากขึ้น เป็นผลจากการให้คุณค่าแก่ตัวเอง (Value) และการอบอุ่นจากสังคมหรือระบบสนับสนุน สอดคล้องกับงานวิจัยของอาทิตยามาละและคณะ⁹ พบว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีทัศนคติ ($F=6.19, p=.005$) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทักษะการตัดสินใจ ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($F=1.74, p=.193$)

พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนทดลองในด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ แสดงถึงว่ากลุ่มนี้มีการปฏิบัติตามข้อมูลและความรู้ที่มีที่ได้จากการส่งเสริมทักษะการเอาตัวรอด (Survival skills) มีการใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรวรรณ ฐิติวัฒนาภูกุลและคณะ¹⁰ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$); มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน

กลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้นในระยะติดตามผล แต่ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($F=3.07, p=.08$)⁹

ความพึงพอใจที่มารับบริการ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนทดลองในด้านความพึงพอใจอาจแสดงถึงว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มารับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพและที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของวัยรุ่นได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริลัดดา บุญเนา¹¹ พบว่า มารดาวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในระดับต่ำ มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในระดับปานกลาง มีความพึงพอใจในการให้บริการเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อยู่ในระดับพึงพอใจมากและพรั่งพรม สุริยสาร¹² พบว่าบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งมีความชัดเจนวัยรุ่นมีความพึงพอใจในการอบรมในระดับมาก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจมากกับแนวทางการดำเนินงานและผลการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นจากปี 2559-2561 ลดลงจนไม่เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ ทฤษฎี หรือ แนวทางอื่น ที่เป็นรูปแบบใหม่ หรือ นวัตกรรมใหม่มาใช้ในการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ที่เข้มแข็งยั่งยืนและต่อเนื่อง และควรขยายผลการศึกษานำไปทดลองใช้กับพื้นที่อื่นๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริพร ศรีอินทร์. ปัจจัยทำนายนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(1):68-81.
2. งามพิศ จันทร์ทิพย์, การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เขตชุมชนใกล้เคียง. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2560;13(2):64-71.
3. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/download/?did=214353&id=109136&reload=>
4. ศิริพร ศรีอินทร์. ปัจจัยทำนายนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(1):68-81.
5. โรงพยาบาลเชียงใหม่. รายงานการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. มหาสารคาม: โรงพยาบาลเชียงใหม่; 2566.
6. Kemmis S, Mc Tagart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1998.
7. พัทยา แก้วสาร, นภาพิณ จันทขัมมา. การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มนักเรียนประถมปลาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564;41(2):101-10.
8. ธันวดี ตอนวิเศษ, พชรินทร์ รุจิรานุกูล. การจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. วารสารวิจัยรำไพพรรณี. 2562;13(2):38-49.
9. อาทิตยา มาละ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณิชกมล ชาญสาธิตพร, กรกฎ ศิริมัย. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจ ต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2565;40(3):14-30.
10. อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากุล, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ คุ้มพร เกษโกมล. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทุนชีวิตโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(6):984-96.
11. สิริลัดดา บุญเนา. ความรู้ทัศนคติและความพึงพอใจต่อการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น. ชัยภูมิเวชสาร 2559;36(2):35-43.
12. พรชมน สุริยสาร. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจี่ราย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2562;(5)2:132-45.

การพัฒนาแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Tuberculosis Screening Model in Household Contacts
in Sra Khu Subdistrict, Suwannabhum District, Roi-Et Province

นวลปาง ชัชวาลย์*

Nuanpang Chatchawan

Corresponding author: E-mail: Nuanpang.noi@gmail.com

(Received: September 8, 2023; Revised: September 16, 2023; Accepted: October 12, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาบริบทชุมชน การพัฒนาแบบและประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค และอาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน 33 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผู้สัมผัสร่วมบ้านและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไม่ครอบคลุม และขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคโดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านจึงมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคมาก 2) รูปแบบการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) พัฒนาศักยภาพแกนนำคัดกรองวัณโรค (2) การสร้างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (3) ดำเนินการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านขึ้นทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน การตรวจ Chest X-ray และ Sputum AFB (4) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ (5) ระบบติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ 3) หลังการพัฒนาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้น 3.60 คะแนน (95%CI: 2.79, 4.36) และไม่พบผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้มีการคัดกรองสัมผัสร่วมบ้านได้เพิ่มขึ้นดังนั้นควรนำรูปแบบฯ นี้ไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเน้นปัจจัยเสี่ยงและอาการของวัณโรค

คำสำคัญ : การคัดกรองวัณโรค; ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ABSTRACT

Purposes : To study community context, developing a model and evaluating performance of tuberculosis screening in household contacts.

Study design : Participatory Action Research: PAR

Materials and Methods : The key informants were an official responsible for tuberculosis work and 10 of public health volunteers and 33 of exposed to tuberculosis in their household. Data were collected using household contact records and a knowledge test about tuberculosis household contacts. We were conducted from October 2022 - May 2023 and Data were analyzed using descriptive statistics using frequencies, paired t-test, and qualitative data using content analysis.

Main findings : 1) The number of new tuberculosis patients were increasing and tends to continue to increase, as a result, screening among people who have contact with common diseases was not comprehensive and lack of knowledge about tuberculosis prevention, especially those who were exposed to common diseases in household. Therefore there were a high chance of being infected with tuberculosis. 2) The model for screening for tuberculosis infection in household contacts consists of 5 steps: (1) developing the potential of tuberculosis screening leaders (2) creating knowledge about tuberculosis among those in contact with household members (3) conducting tuberculosis screening in those who come into contact with the household. Registration of household contacts, chest X-ray and sputum AFB examination (4) home visit tracking, and (5) household contact tracing system, and 3) after development it was found that Household contacts had a significantly higher mean knowledge score about tuberculosis than before development ($p < .001$), with the overall mean tuberculosis knowledge score increasing by 3.60 points (95%CI: 2.79, 4.36) and none new tuberculosis infection cases were found among household contacts in Sra khu Subdistrict.

Conclusion and recommendation : The results of this research result in increased screening of household contacts. Therefore, this model should be used. This applies to areas with similar contexts, emphasis was placed on risk factors and symptoms of tuberculosis.

Keywords : Tuberculosis screening; Tuberculosis Infection in Household Contact

บทนำ

โรควัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) ยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในระดับโลก เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ได้คาดประมาณการในปี 2564 อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำของโลกสูงถึง 10.6 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตสูง 1.6 ล้านคน สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำมีการขึ้นทะเบียนรักษาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2563 ได้มีการคาดการณ์โดยองค์การอนามัยโลกว่า ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 105,000 ราย หรือ 150 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 12,000 ราย¹ จากการรายงานของเขตสุขภาพมีอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทุกประเภท ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 สูงสุด 2 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 7 (64.7 ต่อแสนประชากร)² สูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากเขตสุขภาพที่ 13 (79.9 ต่อแสนประชากร) และมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ปี 2565 จำนวน 10,329 ราย เสียชีวิต 1,009 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.8³

กระทรวงสาธารณสุขมียุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการยุติวัณโรคของประเทศไทย ภายในปี 2573 ตามเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) ในปี พ.ศ.2578 โดยเน้น 5 ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ (1) เร่งรัดการค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคคือยา (2) ยกระดับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคคือยา (3) เร่งรัดวินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะแฝง (4) เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค และ (5) ขับเคลื่อนการวิจัยและนวัตกรรมทางด้านวัณโรค จังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 มีผลการดำเนินงาน โดยมีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 86.77 เสียชีวิตร้อยละ 7.78⁴ การค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาตามคาดการณ์อุบัติการณ์วัณโรคภาพรวมของจังหวัดยังไม่บรรลุเป้าหมาย ค้นพบได้ร้อยละ 67.91

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดจึงมีนโยบายและให้ความสำคัญคือ การจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านที่สัมผัส Index case และติดตามคัดกรองโดยมีเป้าหมายร้อยละ 100.0

จากนโยบายการติดตามการคัดกรองวัณโรคดังกล่าว โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ได้ดำเนินการตามนโยบายอย่างเคร่งครัดมีการคัดกรองทุกกลุ่มเป้าหมาย แต่ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคจึงปรับวิธีการทั้งการคัดกรองและจุดให้บริการ เพื่อให้เข้าถึงการรักษาได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น โดยจัดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคแยกพื้นที่ตรวจ โดยเฉพาะ ให้บริการทุกวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) โดยมีทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรให้บริการ ผู้ป่วยจะได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคต่อเนื่องทุกราย และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลรักษาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านแต่ยังได้ผลงานต่ำผลการดำเนินงานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ปัญหาการคัดกรองวัณโรคไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน เนื่องจากผู้สัมผัสร่วมบ้านกลัวตรวจแล้วพบเป็นวัณโรค ไม่อยากเป็นผู้ป่วยและมีความรู้สึกอายเพื่อนบ้าน ไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรอง ผู้สัมผัสวัณโรคไม่อยู่ในพื้นที่และไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีอาการ และไม่มีเวลามาตรวจ เจ้าหน้าที่จากคลินิกได้ติดตามโดยประสานงานไป รพ.สต. ช่วยติดตามแต่ไม่มาตรวจคัดกรอง

เช่นเดียวกับจากการทบทวนสถิติ 5 ปี ย้อนหลังการคัดกรองวัณโรคในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - 2565 ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านพบว่า 199(12%), 107(6.63%), 417(19.54%), 142(2.8%), และ 219(4.84%) รายตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มนี้ และมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 113, 126, 130, 126 และ 141 ราย ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีเสมหะพบเชื้อคิดเป็น

ร้อยละ 47.59, 59.52, 60.76, 57.14 และ 61.70 ตามลำดับ มีอัตราการความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็น ร้อยละ 89.77, 94.32, 91.27, 93.25 และ 85.29 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) ร้อยละ 6.19, 1.58, 3.07, 3.96 และ 4.25 ตามลำดับมีอัตราการขาดยา (เกณฑ์ต้องไม่มีการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค) ร้อยละ 1.76, 0.00, 0.76, 0.79 และ 4.96 ตามลำดับ⁵

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรสูงอายุและผู้ติดสุรา⁶⁻⁷ โดยการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกโดยใช้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิทัล การให้ความรู้และวินิจฉัยวัณโรคปอดด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ทำให้พบผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ลดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน และการศึกษาการใช้เครื่องมือช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาผู้สัมผัสวัณโรคและลดผลกระทบทางสังคมแก่ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค⁸ โดยใช้บัตรเชิญผู้สัมผัสร่วมบ้านมารับบริการคัดกรอง พบว่าอัตราการมาตรวจคัดกรองตามบัตรเชิญในผู้สัมผัสร่วมบ้านมีแนวโน้มที่สูงกว่าผู้สัมผัสนอกบ้าน ร้อยละ 79.7 (126/158) นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล เช่น คลินิกวัณโรค ระบบบริการด้านหน้าที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการคัดกรองได้รับความรวดเร็ว และมีการศึกษาการพัฒนาแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดตามผู้ป่วยนอกและการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดควรเพิ่มช่องทางด่วนในผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด ส่งตรวจเอกซเรย์และเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดังนั้นคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เห็นความสำคัญในการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมโรคให้ได้ตามเกณฑ์ จึงได้จัดทำโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิขึ้น เพื่อเป็นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เชิงรุกในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและศึกษาผลการดำเนินงานการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เน้นการปฏิบัติการจริงในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีความสนใจร่วมกัน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทั้ง 2 ฝ่าย ด้วยวิธีการที่สามารถนำมาแก้ปัญหาที่สนใจร่วมกัน ระยะดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566

การคัดเลือกพื้นที่ การคัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพราะในการดำเนินการวิจัยด้วยการมีส่วนร่วมนั้น จะต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนจึงจะทำให้การดำเนินงานวิจัยประสบความสำเร็จ โดยกำหนดคุณสมบัติของพื้นที่ คือ ลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท มีอัตราการป่วยด้วยโรควัณโรคสูงและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกเป็น ระยะศึกษาบริบทชุมชน ผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค และสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ ผู้ให้ข้อมูลด้านประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคภายใต้บริบทวิถีชีวิตของชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ระยะพัฒนารูปแบบ กิจกรรมร่างรูปแบบการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ให้ข้อมูล 10 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 2 คน กลุ่มประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน และประชาชนผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 2 คน ตัวแทนประชาชนทั่วไป 2 คน และการพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำ

คัดกรองวัณโรค กลุ่มเป้าหมาย เป็น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัย 10 คน และระยะการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเป้าหมายเป็น ประชาชนผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน 33 คน การวิจัยครั้งนี้มีกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน 1) สืบค้นข้อมูลพื้นฐานพื้นที่ตำบลสระคู ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและหาข้อสรุปร่วมกันของพื้นที่ตำบลสระคู จากเอกสารและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค สาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ และเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสระคู 2) การคัดเลือกชุมชน เป็นชุมชนที่มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคสูง และเป็นปัญหาของชุมชน จากการทำประชาคมหมู่บ้านเรื่อง ผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน เป็นประเด็นหลัก โดยชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และ 3) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ศึกษาสถานการณ์ของปัญหา แนวทางการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และรวบรวมประสบการณ์และแนวทางการคัดกรองผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ภายใต้บริบทวิถีชีวิตในชุมชนตำบลสระคู โดยการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อดึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคอาศัยอยู่ที่ตำบลสระคูมากกว่า 10 ปี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคทางระบบเดินหายใจ จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ร่วมวิจัย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย จำนวน 1 วัน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการทำวิจัย

ระยะที่ 3 รูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู รูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านตำบลสระคู โดยยึดตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁹ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) และการนำเสนอผลการวิจัยและคืนข้อมูลกลับสู่ระบบนำเสนอผลการวิจัย และคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยการมอบสื่อและคู่มือให้กับชุมชน

ที่เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน คือ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยวิธีเก็บข้อมูล ได้แก่ การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ เพื่อทำความเข้าใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ เพื่อทำความเข้าใจชุมชนและการปฏิบัติงานที่ผ่านมา และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติทางด้านโรควัณโรค โดยการใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคล เช่น สังเกตพฤติกรรมของแกนนำคัดกรองและกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านขณะทำกิจกรรม สังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งบริบททั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นหลัก การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแบบทดสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค ประยุกต์จากแบบสอบถามของนางนุช เสือภูมิ¹⁰ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้ $Kr 20 = 0.73$ จำนวน 13 ข้อ มี 2 ตัวเลือกคือ ใช่-ไม่ใช่ โดยให้คะแนนตอบใช่ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ได้ 0 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0252566

ผลการวิจัย

ระยะศึกษาบริบทชุมชน 1) ลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมดจำนวน 33 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.70%) อายุเฉลี่ย 51.27 ปี (SD.=1.77) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

(42.40%) ไม่มีโรคประจำตัว (75.80%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (42.40%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,406.10 บาท (SD.=6,631.80) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ (100.0%) 2) บริบทชุมชนของตำบลสระคูต่อการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่า กลุ่มผู้สัมผัสส่วนใหญ่อาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรค โดยมีลักษณะเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ ประกอบด้วยบุคคลหลากหลายช่วงอายุ ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น สามเณร/ภรรยา บิดามารดาและลูกหลานของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ตั้งแต่ช่วงก่อนเข้ารับการรักษา มีพฤติกรรมรับประทานอาหารร่วมกัน และนอนร่วมห้องกับผู้ป่วย และการคัดกรองวัณโรคในตำบลสระคูยังขาดความครอบคลุม ไม่ทั่วถึง ประชาชนในชุมชนหรือผู้สัมผัสร่วมบ้านยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ส่งผลให้มีการระบาดของวัณโรคในชุมชนเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2561–2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี คือ 5, 8, 11, 10, 6 และ 9 ราย ตามลำดับโดยแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีกลุ่มเสี่ยงหรือผู้สัมผัสร่วมบ้านในชุมชนเพิ่มขึ้น

ระยะพัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน 4 ขั้นตอน

1) การวางแผน (Planning: P) จากการร่วมกันศึกษาบริบทชุมชนและการลงพื้นที่ตำบลสระคู ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพปัญหา ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองวัณโรคและการค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรคให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน คัดกรองอาการ ชักประวัติอาการที่เข้าได้กับวัณโรคและให้คำปรึกษา ผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ส่ง Chest X-ray และ Sputum AFB ขึ้นทะเบียนคัดกรองวัณโรคและลงข้อมูลในโปรแกรม NTIP และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการตรวจคัดกรอง

2) การปฏิบัติและการสังเกต (Action & Observe: A&O) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการคัดกรอง วัณโรคใน

ผู้สัมผัสร่วมบ้านตามแผนการปฏิบัติที่วางไว้ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการตรวจคัดกรอง ผู้วิจัยร่วมออกติดตามเพื่อสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมในชุมชน ให้คำแนะนำและสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บข้อมูลและสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และประเมินผลรูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และระบบติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน เป็นการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านให้เข้ารับการตรวจคัดกรองวัณโรคให้ครบ 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 6 เดือน ในระยะเวลา 2 ปี โดยกลุ่มแกนนำคัดกรองออกประสานผู้สัมผัสร่วมบ้านให้เข้ารับการตรวจคัดกรองที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

3) การสะท้อนผล (Reflect: R) เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู หลังจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ทดลองในการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู ดังนี้

(1) จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคูก่อนและหลังการพัฒนา รายชื่อ พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดก่อนการพัฒนาที่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ได้แก่ การรับประทานยาที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู สามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากวัณโรคได้ (97.0%) รองลงมาคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากวัณโรคได้ (93.9%) และการที่มีผู้ป่วยวัณโรคในบ้านควรพาสมาชิกคนอื่นไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค (84.8%) หลังจากการพัฒนาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดโดยจำแนกรายข้อตอบถูกมากขึ้นจากก่อนการพัฒนา โดยตอบถูกต้องมากที่สุด คือ การรับประทานยาที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู สามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากวัณโรคได้ (100.0%) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากวัณโรคได้ (97.0%)

(2) หลังการพัฒนาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้

เกี่ยวกับวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้น 3.60 คะแนน (95%CI: 2.79, 4.36) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคูโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค					
ก่อนการทดลอง	33	5.61(1.52)	3.60(0.39)	2.79, 4.36	<.001
หลังการทดลอง	33	9.21(1.85)			

3) ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการขึ้นทะเบียนและตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการคัดกรองอาการสงสัย Chest X-ray และ Sputum AFB ทุกรายในตำบลสระคูทั้งหมด ไม่พบผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู โดยตลอดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ภาควิชาเครือข่ายในตำบลสระคูและประชาชนในชุมชน มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมความคิด ค้นหาปัญหาและสถานการณ์การระบาดของวัณโรคในชุมชน ร่วมกันวางแผนการคัดกรองและร่วมกันตัดสินใจในการใช้รูปแบบการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านตำบลสระคู เปิดโอกาสให้ชุมชนมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมและติดตามประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่อย่างเหมาะสม

วิจารณ์

1) จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษาบริบทต่างๆ ของชุมชนต่อการคัดกรอง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไม่ครอบคลุม และขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านจึงมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคมาก พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบปัญหา (Gap analysis) ในการจัดการวัณโรค เช่น ด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองไม่มีอาการไอ ทำงานได้ปกติ จึงหายป่วยจาก

วัณโรค มีโรคร่วมจิตเวช ติดสุราและขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง มียาเหลืออยู่จำนวนมาก โดยส่วนใหญ่เกิดจากการลืมกินยา จำไม่ได้ว่ากินยาหรือยัง หรือจากผลข้างเคียงของยาทำให้ไม่อยากกินยาต่อ ทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ ขาดความรู้ความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง และบุคลากรผู้ดูแลรักษาวัณโรคบางส่วนยังไม่เข้าใจด้านกระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ด้านทีมดูแลรักษา พบว่า บุคลากรในระดับพื้นที่มีภาระงานมาก ผู้รับผิดชอบงาน TB ส่วนใหญ่ รับผิดชอบติดต่อทั้งหมดและงานอื่นๆ ด้วย ทำให้มีปัญหาในการประสานงาน ส่งต่อข้อมูล และการกำกับกรกินยาของผู้ป่วย และขาดทักษะในการใช้โปรแกรม ด้านระบบบริการ พบว่า ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่มีติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานมาก/พาหนะที่ใช้ในการออกเยี่ยมไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติในการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วย การคัดกรองยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง และขาดการวางแผนดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) และด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ชุมชนขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ในชุมชนและขาดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับภาควิชาเครือข่าย¹¹

2) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการคัดกรองผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) พัฒนาศักยภาพแกนนำคัดกรองวัณโรค (2) การสร้างความรู้

เกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (3) ดำเนินการคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน ขึ้นทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน การตรวจ Chest X - ray และ Sputum AFB (4) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ (5) ระบบติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านสอดคล้องกับผลการวิจัยของวันดี วิรัสสะ¹² ซึ่งพบว่าผู้ต้องขังรับใหม่/รับย้าย นำเข้าแยกกักที่ห้องแรกรับในเรือนจำ ต่อจากนั้นนำไปรับการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X - ray ปอด) ทุกป่วยวันศุกร์ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีโดยเร็วที่สุด หากผลการตรวจพบปอดผิดปกติ ทางเรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี จะนำผู้ป่วยสงสัยวัณโรคเข้าห้องแยกโรค และส่งตรวจวินิจฉัย หากพบป่วยเป็นวัณโรค ก็นำเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีพยาบาลประจำเรือนจำเป็นผู้ควบคุมกำกับกับการกินยาด้วยระบบ Directly observed therapy (DOT) คือให้กินยาต่อหน้าเมื่อพ้นระยะแพร่เชื้อ จึงส่งกลับแดนพิจารณาคดี/แดนเด็ดขาดต่อไป ผู้ต้องขังทุกคนยังจะได้คัดกรองซ้ำด้วยการ X - ray ปอด ประจำปี ละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผลการประเมินภายหลังพบว่า มีการค้นพบผู้ป่วยเร็วขึ้น ได้รับการรักษาเร็วขึ้น ป้องกันการแพร่เชื้อภายในเรือนจำ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจการคัดกรองวัณโรครูปแบบใหม่มากกว่ารูปแบบเก่า; แนวทางการปฏิบัติงานการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย 1) การจัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบงานวัณโรคปอด 2) การใช้แบบคัดกรองวัณโรคปอดที่จุดคัดกรอง 3) กรณีพบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอดส่งปรึกษาแพทย์ช่องทางด่วน 4) การเพิ่มการสื่อสารผู้เกี่ยวข้อง 5) การเพิ่มช่องทางด่วนส่งตรวจเอกซเรย์ 6) การมีระบบนัดวันเวลาการส่งตรวจเสมหะ 7) การส่งพบแพทย์ตามแนวทางการรักษาวัณโรคปอด¹³ และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่นเริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้คำแนะนำ และการติดตามผู้ป่วยระยะเวลา 6 เดือน ตามแนวคิด “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบ และชุมชนมีส่วนร่วม” โดยมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนทัศนคติ “วัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาหายและอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ ถ้าปฏิบัติ

ตนอย่างถูกต้อง” การมีส่วนร่วมในการค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรคในชุมชน พัฒนาระบบสารสนเทศที่ช่วยค้นหา รักษา ป้องกันวัณโรค การพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงกำกับกรับประทานยา พัฒนาระบบการคัดกรอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าถึงความเข้าใจ และสามารถบริหารจัดการในรูปแบบเดียวกัน¹⁴ ในทำนองเดียวกับการประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสำหรับบุคลากรการแพทย์ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลด้านโภชนาการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพื่อป้องกันการขาดยา ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวัณโรค การสร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจและการเสริมแรง และการจัดการความเครียด สิทธิการรักษา การติดตามและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค การสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือแหล่งประโยชน์ทั้งเครือข่ายภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล¹⁵

3) หลังการพัฒนาพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมากกว่าก่อนการพัฒนาโดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้น 3.60 คะแนน และไม่พบผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านในตำบลสระคู สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ซึ่งหลังพัฒนาพบว่าบุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยคะแนน 12.57 เป็น 15.64¹³ และผลการประเมินการป้องกันและควบคุมวัณโรคครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 73.33% และกลุ่ม

ทดลองเท่ากับ 93.33%; หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค มีความรู้อยู่ในระดับมากจากเดิม 82.35% เพิ่มขึ้นเป็น 88.24% พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิมอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นอยู่ในระดับมาก และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้นจาก 16.0% เป็น 100.0% ผลการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 7 วัน เพิ่มขึ้นจาก 45.76% เป็น 66.67% และอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค 88.24%¹⁶ ; และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค คือ 1) การมีส่วนร่วมในชุมชน 2) ภาควิชาหรือข่ายในชุมชน 3) การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น¹⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและอาการของวัณโรค ดังนั้นควรมีการให้สุขศึกษาในทุกช่องทาง เช่น การจัดทำสื่อแผ่นพับหรือโปสเตอร์เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างความตระหนักในการสังเกตลักษณะอาการของโรคให้แก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาและศึกษารูปแบบคัดกรองวัณโรคปอดในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เน้นเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งอาการของวัณโรคในเด็กมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่แบบคัดกรองที่ใช้สำหรับผู้ป่วยเด็กซึ่งจะมีความแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://tbcmtailand.ddc.moph.go.th/>
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวัณโรค Cohort Report TB07 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://tbcmtailand.net>
3. สุพร กาวินา, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและติดสุรา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;16(6):36-47.
4. เกษสุมา วงษ์ไกร, พุทธิไกร ประมวล, ภัชราภรณ์ บัวพันธ์. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2563;18(1):73-82.
5. งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์; 2566.
6. จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน, ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน, วณิชยา วันไชยธนวงศ์, อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค. การพัฒนาคู่มือและเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาผู้สัมผัสวัณโรคและลดผลกระทบทางสังคมแก่ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4960?>

7. ณัฐสิมา ปาทาน, ชันัญญา จิระพรกุล, ชนาวรัตน์ มณีนิส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มารับบริการ การตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(14):94-119.
8. พิชาติ แสนเสนา, สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจระเข้อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2):665-73.
9. Kemmis S. Action research as a practice-based practice. Educational Action Research. 2009;17(3):463-74.
10. นงนุช เสือภูมิ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชนตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;23(2):79-93.
11. อภิชน จินเสวก. การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรค โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):679-89.
12. วันดี วีรสัส. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี ปี พ.ศ.2561. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4. 2563; 10(2):1-9.
13. เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์, ศุภรดา ภาแสนทรัพย์, น้ำฝน เสาวภาคย์ไพบูลย์. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2564;29(1):96-110.
14. พชรพร ครองยุทธ, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, เจษฎา สุราวรรณ, จักรกริช ไชยทองศรี, กษมน นรปติ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(1):15-27.
15. อะเคื้อ อุดมলেখกะ. การประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
16. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):116-29.
17. นรินทร์ ฤาละคร. การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2562;2(2):38-49.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี

Effects of Self-management Program for Slowing Progression of Chronic Kidney Disease Stage 3-4 Dysfunction on Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Thawatchaburi Hospital

ปพิชญา สิงห์ชา*

Paphichaya Singcha

Corresponding author: E-mail: paphichaya2509@gmail.com

(Received: September 9, 2023; Revised: September 18, 2023; Accepted: October 15, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลราชบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 30 คนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบและแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลอง ($p=0.032$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น 0.14 คะแนน (95%CI; 0.01, 0.26); ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง 1.53% (95%CI; 1.01, 2.03); Fasting Blood Sugar (FBS) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ย Fasting Blood Sugar (FBS) น้อยกว่า 33.37 mg/ml (95%CI; 21.82, 44.91); อัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่าก่อนการทดลอง ($p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ย (eGFR) เพิ่มขึ้น 4.49 mg/ml (95%CI; 2.36, 6.61) แต่ Cr (Creatinine) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=0.915$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการกินยาเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; ชะลอไตเสื่อม; ไตเรื้อรัง; ผลลัพธ์ทางคลินิก; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

Purposes : To compare behavior of slowing progression of chronic kidney disease stage 3-4 dysfunction and clinical outcomes with Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Thawatchaburi Hospital.

Study design : Quasi-experimental research was conducted.

Materials and Methods : This study was conducted with a total of 30 patients with T2DM who had been diagnosed by a doctor as being in stages 3-4 of kidney deterioration. They were registered to receive services in diabetes mellitus clinic, outpatient department of Thawatchaburi Hospital, according to inclusion and exclusion criteria. Data were collected using questionnaires, tests and record form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test test. Statistical significance was set at 95% confidence Interval.

Main findings : After intervention, it was found that samples had a higher mean score behavioral for slowing progression of chronic kidney disease stage 3-4 dysfunction than before intervention ($p=.032$), mean scores behavioral for slowing progression of chronic kidney disease stage 3-4 dysfunction increasing by 0.14 (95%CI; 0.01, 0.26); mean scores HbA1c were lower than before intervention ($p<.001$), HbA1c were decreased by 1.53% (95%CI; 1.01, 2.03); Fasting Blood Sugar (FBS) were less than before intervention ($p<.001$), mean scores Fasting Blood Sugar (FBS) less than 33.37mg/ml (95%CI; 21.82, 44.91); Glomerular filtration rate (eGFR) were greater than before intervention ($p<.001$), mean score (eGFR) increasing by 4.49 mg/ml (95%CI; 2.36, 6.61), but Cr (Creatinine) before and after intervention were not different ($p=.915$)

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that, therefore, relevant agencies should use this program to change behavior in eating food and taking medicine to slowing progression of chronic kidney disease.

Keywords : Self-management; Slowing Progression; Chronic kidney disease; Clinical Outcomes; Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

ปัญหาโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยอุบัติการณ์พบสูงขึ้นทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี แตกต่างไปแต่ละประเทศ และเป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทยพบร้อยละ 17.5 (8.5 ล้านคน) จากการศึกษาของ Thai SEEK Study สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบความชุกของโรคไตเรื้อรังได้ 17.5% และจากการสำรวจพบว่า 4.6-17.59 ของประชาชนไทยมีโรคไตเรื้อรัง แนวโน้มความทุกข์ของผู้ป่วยที่รักษาบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy, RRT) เพิ่มขึ้น ปีละ 15-20% สาเหตุสำคัญ คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹ โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ระยะแรกของโรคไตเรื้อรังมักไม่พบอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและมักตรวจพบเมื่อมีการดำเนินของโรคมากแล้ว เมื่อดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการรักษาโดยวิธีใดจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรัง คือการป้องกันการเสื่อมของไต ไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย²

เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้ป่วยไตเรื้อรังทุกระยะในจังหวัดร้อยเอ็ด ในปีพ.ศ.2563-2565 จำนวน 32,647 ราย 32,233 ราย และ 24,140 ราย ตามลำดับ ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ อาจจะรวมถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลงเพราะสถานการณ์โควิด และระยะที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือระยะที่ 3 ในปี พ.ศ.2565 จำนวน 8,536 ราย (35.36%) รองลงมา ระยะที่ 2 จำนวน 6,215 ราย (25.75 %) และระยะที่ 4 จำนวน 3,110 ราย (12.88%) มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 2,008 (8.32%) ในทำนองเดียวกัน จากสถิติผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี ปี พ.ศ.2563-2565 พบว่า มีจำนวน 2,428, 2,385, 2,570 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยมากที่สุดระยะที่ 3 โดยในปี พ.ศ.2563-2565 มีทั้งสิ้น 536 ราย (35.58 %) จำนวน 524

ราย (34.68%) จำนวน 264 ราย (34.97%) และยังพบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 4 และระยะสุดท้าย ปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 143 ราย (22.08%), 113 ราย (5.89%) จำนวน 133 ราย (21.97%) ,101ราย (5.58%) และจำนวน 136 ราย (18.01%), 109 ราย (14.44%) ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังคงสูงขึ้น ถ้าเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด และยังคงพบว่าผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมโดยประเมินจากการที่ผู้ป่วยมี eGFR ลดลง < 4 มล/ นาที/ 1.73 ตร.ม ปีพ.ศ.2565 คิดเป็นร้อยละ 63.92³ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดเป็นร้อยละ 66.0 มีการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้นานถึง 7-14 ปี วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำงานของไตให้ยาวนานที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยมีสิ่งสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต การควบคุมอาหาร ควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยาตามแบบแผนการรักษาของแพทย์ และการเฝ้าระวังอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น⁴

จากการที่ได้ทบทวนเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการชะลอไตเสื่อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมกรชะลอไตเสื่อม ที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถชะลอไตเสื่อมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน ที่ศึกษาโดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 40 ถึง 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า 5 ปีและได้รับการวินิจฉัยโรคไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ต่อเนื่อง 1 ปี (3) ได้รับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยาเกินพื้นฐานเป็นเมทฟอร์มิน (Metformin) และหรือไกลพิซายด์ (Glipizide) (4) ได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตด้วยยาเกินพื้นฐานเป็นอินาลาพริล (Enalapril) หรือโลซาแทน (Losartan) (5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารตามปกติได้ (6) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้และ (7) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา(Inclusion criteria) คือ (1) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าโปรแกรมและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และ (2) เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยได้น้อยกว่าร้อยละ 80

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรม G*power 3.1.4.9 โดยใช้ Parameters คือ tests-Means: Difference between two dependent means (matched pairs) Analysis: A priori: Compute required sample size Input :Tail(s)=One Effect size $d_z=0.8$ α err prob=0.05 Power $(1-\beta$ err prob)=0.95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 19 ราย คำนวณเพื่อ Drop out 20% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 29.69 หรือ 30 คน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวม ทั้งหมด 30 ราย ซึ่งจะมีค่าอำนาจในการทดสอบจากการศึกษาในครั้งนี้เท่ากับ .80 และการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากสุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยทุกหน่วยของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน ใช้การจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บาย⁵ บูรณาการกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเทคนิค 5 เอ⁶ และศิริลักษณ์ ฤงทอง⁷

2) **เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (2) แบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคไตเสื่อมจากเบาหวานและการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดไตเสื่อมจากเบาหวาน แนวทางการชะลอไตเสื่อม

การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ (1) แผนการสอนเรื่อง การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (2) สื่อโมเดลอาหาร (3) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (4) แบบประเมินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพื่อชะลอไตเสื่อม และ (5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ดูแลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายกรณี (Case Manager) และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยเพื่อประเมินความตรงด้าน

เนื้อหา ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ขั้นตอนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาความลับ และการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพื่อช่วยชะลอไตเสื่อม โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 1 การสะท้อนปัญหาพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในครั้งแรกเพื่อเจาะลึกลงไปในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละรายก็จะมีปัญหาที่แตกต่างออกไปจะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนในการส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย พร้อมทั้งแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยและร่วมมือกับผู้ป่วยให้สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ไตเสื่อม

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง

1. ให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังมีไม่เพียงพอเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยเน้นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม

2. กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายของการจัดการตนเองในแต่ละด้านและฝึกวิธีการลงบันทึกโดยผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและ

วางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึก เพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการปฏิบัติ โดยให้ญาติมีส่วนร่วม สนับสนุนในการจดบันทึก ในกรณีที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยบันทึกเองไม่ได้ด้วยตนเองและใช้ผลจากการบันทึกในการตรวจสอบผลการปฏิบัติของตนเอง

3. กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองผู้วิจัยจะแนะนำการตั้งรางวัลให้กับตัวผู้ป่วย แต่หากไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ผู้วิจัยจะแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาถึงจุดต่อหรือข้อบกพร่องของตนเองและค้นหาแนวทางที่จะช่วยพัฒนาตนเองเพื่อให้พฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสอบถามและแนะนำครอบครัวหรือผู้ดูแลในการสนับสนุน อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลถึงเวลาที่สะดวกในการติดต่อทางโทรศัพท์ขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่ในสัปดาห์ที่ 2, 6 และ 11 ครั้งละ 15 นาที และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เพื่อพบผู้วิจัยครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 12

4. ผู้วิจัยแจกและอธิบายวิธีการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพื่อให้ผู้ป่วยใช้สำหรับการทบทวนการจัดการตนเอง และสมุดบันทึกสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้บันทึกพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมทั้ง 2 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 2 - 11

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ด้วยตนเองที่บ้านเป็นเวลา 11 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 11 พร้อมทั้งจดบันทึกพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเป็นจริง หากผู้ป่วยไม่สามารถบันทึกเองได้ก็สามารถให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวช่วยบันทึกได้

2. กลุ่มตัวอย่างประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมที่ปฏิบัติกับเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งจดบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองในแต่ละด้าน

3. กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองทั้งทางบวกและทางลบในกรณี ที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จะเสริมแรงตนเองทางบวกโดยการชื่นชมตนเองหรือให้รางวัลตนเอง กรณีไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย จะเสริมแรงตนเองทางลบโดยการพิจารณาถึงปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ตนเองทำไม่ได้ พิจารณาข้อบกพร่องของตนเอง และหาแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาตนเองพร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป

4. ผู้วิจัยโทรศัพท์หากกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2, 6, และ 11 เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะให้การเสริมแรงทางบวก โดยการกล่าวยกย่องชมเชยและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในสัปดาห์ถัดไป กรณีไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจะให้การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจตนเองถึงพฤติกรรม การจัดการของตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและค้นหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระบุปัญหาและแนวทางแก้ไขของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัย ผู้ป่วยและญาติให้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติม ในกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ หรืออาจจะปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ที่มีความเป็นไปได้มากกว่าและผู้ป่วยสามารถทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เริ่มต้นการปรับตัวไปที่ละขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและกำหนดเป้าหมายพร้อมวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมในสัปดาห์ถัดไปได้ เมื่อครบสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อพบผู้วิจัย และให้นำสมุดบันทึกการจัดการตนเองมาด้วย กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างและญาติสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

สัปดาห์ที่ 12

ขั้นตอนที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องใน สัปดาห์ที่ 12 จากนั้นผู้วิจัยสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วม โปรแกรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แจ้างผลลัพธ์ที่ได้ ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทราบและเน้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ

การจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างแรงให้กับผู้ป่วย ชื่นชมกับการจัดการตนเองตลอดระยะเวลาการเข้าร่วม โปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย มาวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ตัวแปร เพศ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแลหลัก ผู้ประกอบอาหาร โรคประจำตัวอื่นๆ ประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านอาหาร การใช้อย่างเหมาะสม และปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมและค่าเฉลี่ย ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม HbA1c (%) FBS (mg/dl) Creatinine และ eGFR (mL/min/1.73²) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ด้วยสถิติที่ไม่อิสระ (Paired t-test) ทั้งนี้ก่อนใช้สถิติ Paired t-test ต้องทำการตรวจสอบข้อ ตกลงเบื้องต้นก่อน⁹ โดยหาค่า Skewness value และ Kurtosis value เพื่อตรวจสอบการกระจายของข้อมูลและ ทดสอบความเท่ากันของค่าความแปรปรวนระหว่างข้อมูล (Homogeneity of variance) ด้วยสถิติ Levene's test

3. นำผลต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกที่ผ่าน ข้อตกลงเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอด อาหาร 8 ชั่วโมง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ระดับความดัน โลหิต และอัตราการกรองของไต เปรียบเทียบความแตกต่าง ภายในกลุ่มด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบไม่อิสระจากกัน (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0852565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (60.0%) อายุเฉลี่ย 61 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (86.6%) สถานภาพสมรสคู่ (76.7%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (66.7%) รายได้เฉลี่ย 4,996.70 บาท/เดือน ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลหลักเป็นภรรยา/สามี (70.0%) ประกอบอาชีพรับประทานเป็นประจำ คือ ภรรยา/สามี (36.7%) ได้รับประสบการณ์การได้รับความรู้ด้านโภชนาการ (100.0%) ได้รับประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการใช้ยา (100.0%) ได้รับประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต (100.0%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8 ปี ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI; kg/m²) ระหว่าง 23-24.90 โรคอ้วนระดับ 1 (46.7%) รอบเอวเฉลี่ย 84.27 เซนติเมตร โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง (76.7%) ยาที่ใช้ในปัจจุบันคือ ยา Lorsatan (66.7%) และปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต คือ สูบบุหรี่ (40.0%)

2. หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3-4 มีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.032$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น 0.14 คะแนน (95%CI; 0.01,0.26); ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง 1.53% (95%CI; 1.01,2.03); ระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) น้อยกว่า 33.37mg/ml (95%CI; 21.82, 44.91); อัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้น 4.49 mg/ml (95%CI; 2.36,6.61) และ Cr (Creatinine) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=.915$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม					
ก่อนพัฒนา	30	1.34(0.21)	0.14(0.06)	0.01,0.26	.032
หลังพัฒนา	30	1.48(0.28)			
HbA1c (%)					
ก่อนพัฒนา	30	8.83(1.87)	1.53(0.25)	1.01,2.03	<.001
หลังพัฒนา	30	7.30(1.22)			
FBS (mg/dl)					
ก่อนพัฒนา	30	162.47(42.20)	33.37(30.92)	21.82,44.91	<.001
หลังพัฒนา	30	129.10(26.65)			
Creatinine					
ก่อนพัฒนา	30	1.86(0.75)	0.01(0.06)	-0.13,0.12	.915
หลังพัฒนา	30	1.85(0.51)			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
eGFR (mL/min/1.73²)					
ก่อนพัฒนา	30	37.57(7.48)	4.49(1.04)	2.36,6.61	<.001
หลังพัฒนา	30	42.06(8.93)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ซึ่งพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁰; กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม¹¹; พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้น¹²; การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพโดยรวม พบว่าสูงกว่าการทดลอง เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหารและด้านการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง¹³; คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความแตกต่าง โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁴; ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁵; ทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น¹⁶; พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนการดูแลตนเองก่อนการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 63.0 หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.0¹⁷; ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง¹⁵; ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการให้คำปรึกษาเท่ากับ 159.64 มล.% และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังการให้คำปรึกษา

เท่ากับ 154.08 มล.% พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการให้คำปรึกษาลดลง¹⁸; อัตราการกรองของไตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁰⁻¹¹; อัตราการกรองของไตดีขึ้น จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.0¹²; อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น¹³; ผู้ที่มีระดับอัตราการกรองของไตลดลงมีระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม¹⁶; กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานของไต eGFR เพิ่มขึ้นในทางที่ดี¹⁷; และหลังจากใช้รูปแบบพบว่าในเดือนที่ 3 และ 6 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการกรองของไตลดลง¹⁹; น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงต่ำกว่าก่อนการทดลอง¹³; ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำกว่าก่อนทดลอง¹⁵; ฮีโมโกลบินเอวันซี ซีรั่มครีเอตินิน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง¹³; กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินินลดลง¹⁶

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นการสะท้อนปัญหาพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รวมทั้งกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยบอกปัญหาที่แท้จริง ซึ่งผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในครั้งแรกเพื่อเจาะลึกลงไปในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละรายก็จะมีปัญหาที่แตกต่างกันออกไปจะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนในการส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย พร้อมทั้งแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยและร่วมมือกับผู้ป่วยให้สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ไตเสื่อมและ

เน้นการเตรียมความพร้อมเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีผู้ป่วยต้องรับรู้และทำความเข้าใจเพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นส่วนประกอบสำหรับการแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคโดยความรู้เกี่ยวกับโรคในด้านต่างๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองจะสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การปฏิบัติตัวและการรักษา เพื่อช่วยตัดสินใจในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้รับการรักษาที่เน้นการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ สามารถจัดการตนเองเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีและชะลอการเกิดไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ จากแนวคิดการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้ทางสังคม ในทำนองเดียวกันแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman²⁰ กล่าวถึงการที่บุคคลเลือกแนวทางในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ประกอบด้วย การจัดการทางการแพทย์หรือปฏิบัติตามแผนการรักษา การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันและการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งบุคคลจะมีการจัดการตนเองที่ดีได้นอกจากจะต้องมีความรู้ที่ดีแล้วยังต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังนั้นการจัดการตนเองเป็นความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับโรคและการรักษาตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ โดยใช้ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถในการกำกับตนเอง ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร ควบคุมโรคและปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตให้ดีขึ้นและยาวนานที่สุด²

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านประโยชน์และการนำไปใช้
 - 1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ โดยเน้นการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้
 - 1.2 ควรนำโปรแกรมฯ นี้ มาขยายผลการให้บริการสุขภาพประชาชนในรูปแบบของสื่อทางวิทยุ สิ่งตีพิมพ์ หรือเอกสารคู่มือดูแลสุขภาพตนเองภาคประชาชน
2. ด้านการวิจัย
 - 2.1 ควรทำการวิจัยและศึกษาติดตามระยะยาว ในส่วนของ Health system ให้สมบูรณ์ในด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มและขยายภาพของ CCM Model ให้ครอบคลุมถึงองค์ประกอบของ Community Resources and Policy เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนและที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 2.2 ควรทำการวิจัยและศึกษาติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมฯ เช่น ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเองของผู้ป่วย (Self efficacy) พลังอำนาจของผู้ป่วย (Empowerment) เป็นต้น
 - 2.3 ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมการดูแลตามความต้องการการดูแลที่ต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีและมีพฤติกรรมสุขภาพดี การจัดการตนเองดีกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของสุขภาพมากกว่า และมีแนวโน้มของผลลัพธ์สุขภาพไม่ดี ระบบการดูแลย่อยของสองกลุ่มควรมีความโดดเด่นของกิจกรรมการดูแลที่ต่างกัน
3. ด้านการศึกษา
 - 3.1 ควรจัดทำเป็นโปรแกรมสุขศึกษา เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับชั้นต่างๆ โดยเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพไต การชะลอเสื่อมของไต เพื่อให้ประชาชนทุกวัยได้เรียนรู้เพื่อชะลอไตเสื่อม
 - 3.2 จัดทำสื่อออนไลน์ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงที่บ้าน เพื่อให้บุคลากรสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องทั่วไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. สุวีรัตน์ สิงห์คำ. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):149-58.
2. ฤดีรัตน์ สืบวงศ์แพทย์, อรทัย ทำทอง, พรรณี ไพศาล ทักชิน, กนกฉัตร สายดวงแก้ว, เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564;8(2):181-96.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [Internet]. นนทบุรี: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. ชวมัย ปิ่นะเก, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออัตราการครองชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(1):242-51.
5. Kanfer FH, Gaelick-Bays L. Self management method. In: Kanfer FH, Goldstein A, editors. Helping people change: A textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon press; 1991. p.305-60.
6. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International. 2006;21(3):245-55.
7. ศิริลักษณ์ ฤงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. ศิริลักษณ์ น้อยปาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
9. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
10. พนิดา รัตนศรี. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2): 209-24.
11. สุพัตรา พงษ์อิสรานุกพร, ศรสร หลายพูนสวัสดิ์, ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2561;37(2):148-59.
12. พิศมัย ใจถาวร. ผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง. [อินเทอร์เน็ต]. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-000000190-000001205.pdf>
13. ลักขณา ลีประเสริฐ, สุทธิณี สิทธิหล่อ. ประสิทธิผลการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-3 โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2559;24(1-2):49-62.
14. ดวงดาว อรัญวาสน์, ญาณิกร สีสุรี, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(7):1-12.

15. สุรัตน์ อนันตสุข. โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2564.
16. อุไรวรรณ พานทอง. การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหราชชนนครศรีธรรมราช เวชสาร. 2561;1(2):48-58.
17. ชลาภัทร คำพิมาน, นายพัฒนชัย รัชอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560;4(2): 42-9.
18. พิศุทธิ์ ชนระรัตน์. ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะเริ่มต้นที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพทวยอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(1):217-30
19. อัมพรพรรณ ธีรานุตร, นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, ปัทมา สุจริต, วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, จันทรโท ศรีนา, และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
20. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. The society of behavioral medicine. 2003;26(1):1-7.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน ตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
Results of Health Literacy Programs on Diabetes Mellitus Prevention Behaviors of
Diabetes Risk Groups Sa Khu Subdistrict, Suwannaphum District,
Roi-Et Province

นัฏฐพร พรหมบุตร*
Nathaphorn Prombut

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

(Received: September 13, 2023; Revised: September 21, 2023; Accepted: October 17, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว (DTX) หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ Two group pretest posttest design

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 64 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.82 คะแนน (95%CI: 0.66, 0.98); กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 11.79 เซนติเมตร (95%CI: 5.55, 18.01) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 33.75 mg/dL (95%CI: 18.80, 48.69)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า Intervention นี้ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำ Intervention นี้ไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน; พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน

ABSTRACT

Purposes : To compare prevention behaviors, waist circumference, and Fasting blood sugar (DTX) levels after the experiment between Intervention group and control group.

Study design : Quasi-experimental Research :Two group pretest posttest design.

Materials and Methods : 64 of diabetes Mellitus Risk were who met the inclusion criteria, divided into an Intervention group and a control group, 32 of diabetes Mellitus risk was per group, conducted were from October 2022 to January 2023, we were collected using questionnaires and recording forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Independent t-test. Statistical significance was set at 95% Confidence Interval.

Main findings : After intervention, it was found that diabetes mellitus risk who were participated in health literacy program had a higher mean overall diabetes prevention behavior score than control group. The overall mean diabetes prevention behavior score was 0.82 higher than control group (95%CI: 0.66, 0.98); The diabetes mellitus risk who participated in health literacy program had a lower mean total waist circumference than control group ($p<.001$), with a mean total waist circumference 11.79 cms lower than control group (95%CI: 5.55, 18.01) and the overall mean fasting blood sugar level (DTX) was lower than control group ($p<.001$) with the overall mean fasting blood sugar level (DTX) being less than control group. 33.75 mg/dL (95%CI: 18.80, 48.69)

Conclusion and recommendations : This research indicates that the intervention results in increased diabetes mellitus prevention behavior. Therefore, relevant agencies should continue to apply this intervention to high-risk groups in the area.

Keywords : Health literacy; Diabetes mellitus risk; Preventive behaviors

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน (ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564) มีนโยบายลดการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ให้การสนับสนุนการจัดทำโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามวิถีไทยโดยใช้กระบวนการชุมชนเป็นฐาน โดยการใช้ศักยภาพของคนในชุมชนมาจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง ทั้งนี้โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ที่ดูแลรับผิดชอบหมู่บ้านในเขตตำบลสระคู ซึ่งเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้มีการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบบันทึกการตรวจคัดกรองด้วยวาจาและเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาล โดยใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ซึ่งจำแนกกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงสูงเป็นเบาหวานคือมีระดับน้ำตาล 200 มก./ดล. ซึ่งเจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง นัดตรวจน้ำตาลในเลือดโดยงดน้ำตาลอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ตรวจซ้ำอีก 1 ครั้ง ถ้าน้ำตาลในเลือด 126 มก./ดล. จากนั้นส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและเข้าสู่ระบบการรักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ 2) กลุ่มเสี่ยงปานกลางเป็นเบาหวาน คือ มีระดับน้ำตาล 140-199 มก./ดล. เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการลดการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นและติดตามผลหลังจากนั้น 3 เดือน ถ้ากลุ่มนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงอยู่ก็ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อและนัดตรวจน้ำตาลในเลือดทุก 1 ปี และ 3) กลุ่มเสี่ยงน้อยเป็นเบาหวาน คือมีระดับน้ำตาล <140 มก./ดล. เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นนัดติดตามผลน้ำตาลในเลือดทุก 1-3 ปี¹

ผลการคัดกรองโรคเบาหวานของตำบลสระคู จากรายงานผลการดำเนินงาน 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.

2563-2565) พบร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) เท่ากับ 3.51, 3.18 และ 2.51 ตามลำดับร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) 12.16, 11.11 และ 4.10 ตามลำดับ ซึ่งยังพบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุกปี โรงพยาบาลสุพรรณภูมิร่วมกับหมู่บ้านได้จัดการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ซึ่งใช้เงินงบประมาณในส่วนของงบดูแลรักษาพยาบาลของประชาชนด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอย่างจำกัด อีกทั้งประชากรกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนมากทุกปี และเจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย ทำให้ต้องคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการโดยวิธีสุ่มเฉพาะผู้ที่มีความสนใจเข้าร่วมโครงการ ส่วนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการจะได้รับความรู้ภายหลังการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามให้กลุ่มประชากรไปตรวจเลือดอีกครั้งตามนัด¹

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ดูแลสุขภาพตนเองโดยการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่และไปรับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานประจำปี ครอบคลุมร้อยละได้แบ่งเบาภาระงาน ร่วมออกกำลังกาย กระตุ้นและกล่าวเตือน เมื่อกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ชุมชนได้สนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยให้ข้อเสนอแนะและข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือการให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวานไม่ทั่วถึง ขาดสถานที่ ผู้นำแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย² ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติด้านการได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพตนเองและด้านการบอกต่อ และเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.³ และผู้เข้าร่วมการศึกษา มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. คณะกรรมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ⁴ และจากการศึกษาของวริชากันบัวลาและคณะ⁵ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม การวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ นี้สามารถช่วยให้ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสมมากขึ้น และช่วยลดระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ด้วยการที่จะใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของคนในพื้นที่ เพื่อป้องกันและลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ได้รับการยอมรับในระดับโลกกว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มากขึ้นกว่าการเน้นการให้ความรู้เพื่อหวังจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแบบดั้งเดิม โดยหลักการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นจะมุ่งเน้นที่จะพัฒนาศักยภาพของคน กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือประชากรในสังคม ให้มีความสามารถในการค้นหาคำตอบที่ต้องการ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น ตรวจสอบและทำความเข้าใจ จึงได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว (DTX) หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ Two group pretest posttest design กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Intervention group) เป็นกลุ่มที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มควบคุม (Control group) เป็นกลุ่มใช้กระบวนการป้องกันส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งชายและหญิงที่ได้จากการคัดกรองที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงที่มีผลน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2566 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน รวมทั้งหมด 64 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ 0.2016 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกกลุ่มละ 20% เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงได้ขนาด

ตัวอย่างที่ในงานวิจัย จำนวน 32 คนต่อกลุ่ม รวม 64 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) อายุตั้งแต่ 35 -59 ปี (2) เป็นผู้เข้ารับการรักษาโรคเบาหวานประจำ และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมวิจัย อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (3) สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ (4) ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น (5) สามารถใช้โทรศัพท์แบบ Smart phone ได้ (6) ไม่มีโรคประจำตัว และ (7) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ และคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย (1) เข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80 (2) มีโรคแทรกซ้อนระหว่างร่วมโครงการฯ และ (3) ย้ายภูมิลำเนา

2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสุ่มตัวอย่าง คือ (1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร (2) นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาจัดทำเป็นฉลาก (3) จับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (4) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นรายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ และ (5) ถ้ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานยินดีเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ให้ลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมจะได้รับกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่ถูกต้อง เป็นเวลา 1 วัน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และกลุ่มทดลองจะได้รับกระบวนการตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือเพื่อใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้

ด้านสุขภาพ (Health literacy)

2) เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของอังศินันท์ อินทรกำแหงและชญชนก ชุมทอง⁶

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำแบบสอบถาม ประกอบด้วย 10 ส่วน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม คำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือกตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. (5 ข้อ) ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ) ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (5 ข้อ) ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (5 ข้อ) ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (5 ข้อ) ตอนที่ 8 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (5 ข้อ) ตอนที่ 9 การคงอยู่ของการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง (10 ข้อ) และตอนที่ 10 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังทดลองโดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 5 ระดับ โดยในแต่ละตอนของแบบสอบถามจะมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ความถี่ในการปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์หรือทุกๆ ครั้ง ที่มีเหตุการณ์ ความถี่ในการปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึงท่านได้ปฏิบัติ 5 - 6 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ที่มีเหตุการณ์ ความถี่ในการปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติ 3 - 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ที่มีเหตุการณ์ ความถี่ในการปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเพียง 1 - 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ที่มีเหตุการณ์ ความถี่ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติในสิ่งนั้นเลย ใน 1 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทาง

ภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะเตรียมการ 1) เสนอแผนงาน/โครงการวิจัย ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมทราบ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และ 2) ติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานและเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย 1) ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขอข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ อายุ 35-59 ปี เป็นผู้เข้ารับการรักษาโรคเบาหวานประจำ และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น มีทักษะการใช้โทรศัพท์แบบ Smart Phone 2) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายพบกันที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ อำเภอสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงรายละเอียด และลงนามในใบยินยอมสอบถามประวัติการเป็นเบาหวานของญาติ คัดเลือกประชาชนในกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดอีกครั้งและจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด และ 3) นัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้าน ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม กลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลก่อน (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามวิจัย ในวันที่ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ใช้หลัก Empowering and Engagement ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จากนั้นแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ให้กลุ่มควบคุมนำไปปฏิบัติตามคู่มือ แล้วนัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) 1 สัปดาห์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ (1) Shared care plan ให้กลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา กำหนดแผนการปรับพฤติกรรมตามระดับความเสี่ยงทางคลินิกของตน (2) Self-monitoring การติดตามภาวะสุขภาพด้วยตนเองโดยรับการเจาะเลือดปลายนิ้ว (Fasting Capillary Glucose: FCG) / วัดความดันโลหิตทุก 1 เดือน (3 เดือน) (3) Health coach จนท. และอสม. ติดตามอาการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และ (4) Self-management กลุ่มเสี่ยงรับทราบวิธีการดูแลตนเองตามความเสี่ยง ฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

กลุ่มทดลอง ระยะดำเนินการ (12 สัปดาห์) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจากผู้วิจัย โดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ (1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยกับสมาชิก (2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม ข้อตกลงกิจกรรม ระยะเวลาเข้าร่วม แจกสมุดบันทึกสุขภาพ (3) แจงให้สมาชิกทราบถึงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวานว่าอยู่ระดับใด และมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอย่างไร (4) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวานของสมาชิก โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น (5) ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จัดทำ Line group ซึ่งเป็นไลน์กลุ่มปิด “ลดเสี่ยง

ห่างภัยเบาหวาน” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน และการป้องกันโรคเบาหวาน ให้กลุ่มทดลองเข้าใช้งานได้ ตลอดเวลาผ่านทาง Line (6) เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดง ความคิดเห็น ชักถามปัญหา และตอบคำถามของสมาชิก (7) ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติในเรื่อง 3อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ (8) สรุป และนัดหมาย วัน และ เวลา สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 2 ที่พบกันทางกลุ่ม Line

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมผ่านกลุ่ม Line ครั้งที่ 1 (1)ให้ข้อมูลความรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์และอุปสรรคในการ ป้องกันโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรค ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และการ ป้องกันโรคเบาหวานในเรื่อง 3อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ (2) กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอันตรายและ ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพและถาม-ตอบทาง Application Line และ (3) สรุป และนัดหมาย วัน และเวลา สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 2 สถานที่พบกันครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสาร สุขภาพ (1) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ การเผยแพร่ข้อมูลผ่านทาง Social media ได้แก่ Application Line และ You tube และการสาธิตอาหารทางเลือกสำหรับกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน การเลือกซื้ออาหารในการควบคุมระดับน้ำตาล มอหมายให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานจดบันทึกพฤติกรรมลงใน สมุดคู่มือประจำตัว ได้แก่ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายทุกวัน

สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมบทบาทสมมติและอภิปราย (1) กลุ่มจำลองสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและการ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และ (2) การจัดกิจกรรมการ ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคน เสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยตอบ ข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 7-8 กลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับ ประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เปิดโอกาส ให้สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติ

กิจกรรม และสรุปแนวทางการปฏิบัติทั้งหมด

สัปดาห์ที่ 9-10 การทำกิจกรรมผ่านกลุ่ม Line ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยสร้างคำถาม โดยการนำเสนอตัวอย่างการ โฆษณาสินค้าเกี่ยวกับการป้องกันเบาหวาน การรักษา เบาหวานและให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานร่วมวิเคราะห์ อภิปราย และสรุปแนวทางการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 11-12 ประเมินพฤติกรรมจากแบบ บันทึกพฤติกรรม (1) การรับประทานอาหารและการ ออกกำลังกาย อภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์จากการร่วม กิจกรรมในครั้งนี้ (2) รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใน สัปดาห์ที่ 11 (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ ชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ (3) สัปดาห์ ที่ 12 คั้นข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ (1) ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ที่เป็นตัวแปร ต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ แล้วนำข้อมูล มาจัดกลุ่มแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ (2) แจกแจงความถี่ของข้อมูลเป็นจำนวน และร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจกแจงของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ จากการ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ทั้งหมด และสถิติอนุมาน (Inference statistics) ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปก่อนกับหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1232565

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 32 คน พบว่า

ส่วนใหญ่เป็นหญิง (56.25%) อายุ 51 ปี (SD.= 6.04) สถานภาพสมรสคู่ (75.0%) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (62.50%) ประกอบอาชีพหลักคือ ทำไร่ ทำนา ทำสวน (68.80%) ไม่มีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองโดยเฉลี่ย/ปี (43.70%) ในระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพดี (40.60%) ประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องไปพบแพทย์ด้วยโรคเบาหวาน (3.10%) และไขมันในเลือดสูง (3.10%) และสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทบัตรทอง 30 บาท (78.10%) ส่วนกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 32 คน พบว่าส่วน

ใหญ่เพศหญิง (56.25%) อายุ 52 ปี (SD.= 5.80) สถานภาพสมรสคู่ (78.10%) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (34.40%) อาชีพหลัก คือ ทำไร่ ทำนา ทำสวน (46.90%) รายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองโดยเฉลี่ย 10,000-19,999 บาท/ปี (28.10%) ในระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพดี (53.00%) ประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องไปพบแพทย์ด้วยโรคความดันโลหิตสูง (6.30%) และโรคเบาหวาน (6.30%) และประเภทหลักประกันสุขภาพเป็นบัตรทอง 30 บาท (71.80%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	Intervention (n=32)	Control (n=32)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	14(43.75)	14(43.75)
หญิง	18(56.25)	18(56.25)
อายุ(ปี)	Mean(SD)	Mean(SD)
	51.44(6.04)	51.72(5.80)
สถานภาพสมรส		
โสด	2(6.30)	1(3.10)
คู่	24(75.00)	25(78.10)
หม้าย/หย่า/แยก	6(18.70)	6(18.80)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	7(21.90)	8(25.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	5(15.60)	5(15.60)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20(62.50)	11(34.40)
อนุปริญญา/ปวส.	0(0.00)	3(9.40)
ปริญญาตรี	0(0.00)	4(12.50)
ปริญญาตรีขึ้นไป	0(0.00)	1(3.10)
อาชีพหลัก		
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	22(68.80)	15(46.90)
รับจ้างทั่วไป	7(21.90)	8(25.00)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2(6.20)	8(25.00)
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	1(3.10)	1(3.10)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	Intervention (n=32)	Control (n=32)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
รายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองโดยเฉลี่ย/ปี		
ไม่มีรายได้	14(43.70)	1(3.10)
ต่ำกว่า 10,000 บาท	7(21.90)	8(25.00)
10,000-19,999บาท	4(12.50)	9(28.10)
20,000-29,999 บาท	3(9.40)	6(18.80)
30,000-49,999 บาท	4(12.50)	4(12.50)
50,000-99,999 บาท	0(0.00)	4(12.50)
ในระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพ		
ดีมาก	6(18.80)	6(18.80)
ดี	13(40.60)	17(53.00)
ค่อนข้างดี	9(28.10)	6(18.80)
ค่อนข้างไม่ดี	4(12.50)	3(9.40)
ประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องไปพบแพทย์ด้วยโรค		
ความดันโลหิตสูง	0(0.00)	2(6.30)
เบาหวาน	1(3.10)	2(6.30)
หัวใจและหลอดเลือด	0(0.00)	1(3.10)
ไขมันในเลือดสูง	1(3.10)	1(3.10)
ไม่มี	30(93.80)	26(81.20)
ประเภทหลักประกันสุขภาพ		
บัตรทอง 30 บาท	25(78.10)	23(71.80)
บัตรประกันสังคม	3(9.40)	6(18.80)
สวัสดิการข้าราชการ	3(9.40)	3(9.40)
บัตรทหารผ่านศึก	1(3.10)	0(0.00)

2. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.82 คะแนน (95%CI: 0.66, 0.98) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนน

เฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.44 คะแนน (95%CI: 1.76, 3.10); คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม

3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.69 คะแนน (95%CI: 0.36, 1.10) คะแนนเฉลี่ยการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.008$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.41 คะแนน (95%CI: 0.11, 0.71); คะแนนเฉลี่ยการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.015$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.44 คะแนน (95%CI: 0.09, 0.77); คะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อ

และสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.53 คะแนน (95%CI: 0.22, 0.83); คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.99 คะแนน (95%CI: 0.74, 1.28); คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.027$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม โดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.38 คะแนน (95%CI: 0.45, 0.71); คะแนนเฉลี่ยการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.70 คะแนน (95%CI: 0.46, 0.94) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยรวม และเป็นรายด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=32$)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	(95%CI)	p
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ				
Intervention group	8.00(1.50)	2.44(0.33)	(1.76, 3.10)	<.001
Control group	5.56(1.16)			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ				
Intervention group	3.25(0.60)	0.69(0.16)	(0.36, 1.01)	<.001
Control group	2.56(0.69)			
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ				
Intervention group	3.42(0.57)	0.41(0.15)	(0.11, 0.71)	.008
Control group	3.01(0.64)			
การจัดการเงื่อนไขของตนเอง				
Intervention group	3.32(0.59)	0.44(0.17)	(0.09, 0.77)	.015
Control group	2.88(0.77)			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	(95%CI)	p
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ				
Intervention group	3.24(0.55)	0.53(0.15)	(0.22,0.83)	.001
Control group	2.71(0.66)			
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง				
Intervention group	3.37(0.50)	0.99(0.14)	(0.74, 1.28)	<.001
Control group	2.38(0.58)			
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม				
Intervention group	3.12(0.76)	0.38(0.17)	(0.45, 0.71)	.027
Control group	2.74(0.57)			
การคงอยู่ของการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง				
Intervention group	3.08(0.47)	0.70(0.12)	(0.46, 0.94)	<.001
Control group	2.38(0.51)			
โดยรวม				
Intervention group	3.85(0.51)	0.82(0.08)	(0.66, 0.98)	<.001
Control group	3.03(0.27)			

3. หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวโดยรวมน้อยกว่า กลุ่มควบคุม 11.79 เซนติเมตร (95%CI: 5.55, 18.01) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล

ในเลือด (DTX) โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 33.75 mg/dL (95%CI: 18.80, 48.69) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรอบเอว (cms.) และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=32)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	(95%CI)	p
รอบเอว (cms.)				
Intervention group	84.65(10.59)	11.79(3.12)	(5.55,18.01)	<.001
Control group	96.44(14.09)			
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX; mg/dL)				
Intervention group	101.78(20.45)	33.75(7.43)	(18.80,48.69)	<.001
Control group	135.53(36.75)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.82 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอภูซำ จังหวัดยโสธร พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ⁷ และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม⁸

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวโดยรวมน้อยกว่ากลุ่ม

ควบคุม โดยมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 11.79 เซนติเมตร สอดคล้องกับหลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยการควบคุม(Adjusted) ด้วยค่าก่อนจัดโปรแกรม (Baseline) ของตัวแปรนั้น พบว่าเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความต่างเฉลี่ย -5.9 ซม ; 95% CI = (-9.4, -2.4; p=.001)⁹ และหลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 33.75 mg/dL สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงอำเภอภูซำ จังหวัดยโสธร หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนกลุ่มเปรียบเทียบ⁷ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ 1) การศึกษานี้เป็นการประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงกันได้ 2) การจัดทำ Line group ซึ่งเป็นไลน์กลุ่มปิดเพื่อทำกิจกรรมกลุ่มในการสนับสนุนความรอบรู้

ข้อมูลข่าวสารสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน 3) การใช้ You tube ที่สร้างขึ้นสามารถกระตุ้นให้เสี่ยงเบาหวานมีการตอบสนองได้ดีกว่าการใช้ You tube จากแหล่งอื่นๆ และ 4) การใช้เครื่องมือที่ตรวจได้รวดเร็ว ได้แก่ เครื่องเจาะเลือดปลายนิ้ว ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความกระตือรือร้นในการลดระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายผลไปในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โปรแกรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หรือโรคเมรังค์ต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. กลุ่มงานยุทธศาสตร์. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2564. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2564.
 2. อริสรา สุขวาทะ, อัญชลีพร อมาตยกุล. การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนบ้านม่วงหวาน: มุมมองจากการศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562;31(3):19-32.
 3. อัญชลี ตริลพ. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 28 กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี [อินเทอร์เน็ต]. สิงห์บุรี: 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://sbo.moph.go.th/sbo/file/ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงDM%20HT.pdf>
 4. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(4):618-24.
 5. วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, อารมณ์ ดินาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมัน
- ในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(3):1-14.
6. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, ธัญชนก ชุมทอง. การพัฒนาเครื่องมือวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(3):1-18.
 7. อารีย์ แสงศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงอำเภอภูซุ้ม จังหวัดยโสธร. วารสารพยาบาล. 2564;70(4):1-10.
 8. วิไล พรหมบุตร, สมบูรณ์ พันธุ์บุตร, กิ่งทอง หวางค์, พิทักษ์ สิงห์บัวบาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลดงบัง อำเภอสี้ออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ [อินเทอร์เน็ต]. อำนาจเจริญ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/3p13.pdf
 9. นงลักษณ์ เทศนา, จมาภรณ์ ใจภักดี, บุญทานกร พรหมภักดี, กนกพร พินิจลึก. รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/diabetes/research/d%202-3-19.pdf

**การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ**
**Development of Surgery System and Patients Care of One Day Surgery : ODS
in Suwannaphum Hospital**

สวีณี นามเพ็ง*

Sawanee Nampeng

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

(Received: September 16, 2023; Revised: September 25, 2023; Accepted: October 20, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบบริการและประเมินผลลัพธ์ระบบบริการ การผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ผู้ให้บริการ และผู้รับผิดชอบหลัก จำนวน 34 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ % differences

ผลการวิจัย : การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการดำเนินงานมีปัญหา 3 ด้าน คือ ระบบบริการ บุคลากร และวัสดุ/อุปกรณ์ การพัฒนาระบบบริการมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร และขึ้นประเมินผลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการเตรียมตัวก่อน(Preoperative) ระหว่าง (Intraoperative) และหลังผ่าตัด/หัตถการ (Postoperative) โดยมีการปฏิบัติตามระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยรวมเพิ่มขึ้น 67.5%, 60.2% และ 90.9% ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องและผู้รับบริการเข้าถึงการบริการเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การผ่าตัด; การดูแลผู้ป่วย; การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ABSTRACT

Purposes : To investigate a situation, develop a surgery system and evaluate results of surgery system and patients care of One Day Surgery in Suwannaphum hospital.

Study design : Mutual collaborative action research

Materials and Methods : 34 of key informants were patients who received surgical services, service providers, and the main responsible persons. Data were collected using questionnaires. and questions guideline for group discussion. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and % differences.

Main findings : Analysis of situation revealed that operations have problems in three areas: service system, personnels, and materials/equipments; Service system development had continuous quality development under two operational research cycles, and The evaluation stage found that Key informants had to preoperative, intraoperative and post operative a surgery/procedures with overall service system compliance increased by 67.5%, 60.2%, and 90.9%, respectively.

Conclusion and recommendations : This research has resulted in continuous development of the system and increased access to services by service recipients.

Keywords : Surgery; Patients care; One Day Surgery

บทนำ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 และกำหนดเป็นแผนงานและตัวชี้วัด Service Plan เป็นกรการยกระดับมาตรฐานการให้บริการ เพื่อลดความแออัดควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่าย¹ เดิมทีการรักษาโรคที่ต้องใช้การรักษาด้วยการทำหัตถการหรือการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นโรคทางศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ระบบทางเดินอาหาร สูดินรีเวช จักษุ หูคอจมูก และอื่นๆ โดยทั่วไป หลังจากได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำในการให้การรักษาจากแพทย์แล้ว จะต้องนัดหมายคิว หรือตารางการเข้ารับการรักษา การผ่าตัด จากแพทย์และรอนวันที่จะมานอนโรงพยาบาล เพื่อการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัดจะต้องนอนพักฟื้นต่อในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาตามสลับและการรักษา การผ่าตัด รวมถึงการจัดการความเจ็บปวดจากการรักษา ระยะเวลาการนอนหลังการรักษา หรือการผ่าตัดจะมีความแตกต่างกันขึ้นกับชนิดของโรค ชนิดของการรักษา ชนิดของการผ่าตัด สภาพร่างกาย การฟื้นตัวของผู้ป่วย ตลอดจนสภาพจิตใจและความเจ็บปวด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนกระทั่งได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา เป็นรูปแบบในการดูแลรักษาโรคที่มีการดำเนินการมานาน มีความคุ้นเคยกับรูปแบบการดูแลรักษาทั้งแพทย์และผู้ป่วยตลอดจนญาติพี่น้องของผู้ป่วย แตกต่างจากการดูแลรักษาแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ ระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นการพัฒนาการดูแลในรูปแบบที่ทำกันอยู่ทั่วไป ให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น โดยมีแนวทางในการเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นระบบที่มีการเตรียมคนไข้และญาติผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดที่บ้าน ระหว่างการผ่าตัดที่โรงพยาบาล และหลังการพักฟื้นหลังผ่าตัดที่บ้าน มีมาตรการในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสามารถรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดภายหลังการผ่าตัดได้ และมีระบบประเมินผลของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

กล่าวได้ว่าการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ODS) หรือ Ambulatory surgery หรือ Same - day surgery

หรือ Out-patient surgery เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้หัตถการแบบวันเดียวกลับ คือ การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้วและสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการหรือผ่าตัด โดยอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเหมือนเช่นก่อน ดังจะเห็นจากความแตกต่างระหว่างการรักษาหรือผ่าตัดแบบวันเดียวกลับกับการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) การรักษาหรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นการรักษาที่ปกติต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เพราะอาจต้องมีการเตรียมการก่อนการรักษาหรือการผ่าตัดที่ซับซ้อน ซึ่งอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการผ่าตัดเล็ก จะต้องมีการงดอาหารก่อนทำการผ่าตัด และการเฝ้าระวังหลังการทำหัตถการจนปลอดภัยที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ แต่ปัจจุบันหัตถการจำนวนมากที่เดิมเคยต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล สามารถให้การรักษาแบบวันเดียวกลับได้ ซึ่งได้รับความนิยมมากขึ้น และมีการทำเพิ่มขึ้นทั่วโลกมานานแล้ว เนื่องจากเทคนิคการระงับความรู้สึกและเทคนิคการรักษาหรือการผ่าตัดมีความปลอดภัยและประสิทธิภาพมากขึ้น และยาช่วยบรรเทาความเจ็บปวดที่อาจให้ก่อนและหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น มีการเตรียมการรักษาหรือการผ่าตัดล่วงหน้า เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ ที่จำเป็น และที่สำคัญคือ การให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลเข้าใจในขั้นตอนต่างๆ แตกต่างจากการผ่าตัดเล็ก (Minor surgery) ที่เป็นการรักษาหรือการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาน้อย มักใช้ยาเฉพาะที่ และสามารถทำผ่าตัดได้เลยโดยไม่ต้องมีขั้นตอนในการเตรียมผู้ป่วยก่อน¹

การดำเนินการงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสำหรับในต่างประเทศ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับร้อยละ 75.0 ประเทศอังกฤษพบร้อยละ 65.0 ซึ่งทำให้ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่าง

มารักษา¹ ประเทศไทยเริ่มดำเนินการในตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ODS จำนวนทั้งหมด 4,631 คน ครอบคลุมพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ โรค ODS ที่มีการทำหัตถการมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ Open repair of indirect inguinal hernia จำนวน 1,069 ราย Endoscopic polypectomy of large intestine จำนวน 905 ราย และ Esophageal varices by endoscopic approach จำนวน 619 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการพบว่า เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 3,548 ราย รองลงมา คือ สิทธิข้าราชการ จำนวน 596 ราย และสิทธิประกันสังคมจำนวน 292 ราย² เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุรธรรมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดได้เริ่มดำเนินการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เดือนกันยายน, ตุลาคม และพฤศจิกายน พ.ศ.2565 มีผู้รับบริการจำนวน 10, 9 และ 6 ราย ตามลำดับ³ โดยมีการกิจหลักคือ การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างมีมาตรฐาน ตามที่ทางกรมการแพทย์ได้มีการกำหนดขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ 2) การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล 3) การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ 4) การติดตามผลการรักษา⁴ และยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัยตามบริบทของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถึงผลที่ได้รับจะเกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการและหน่วยงาน ดังนั้น การผลักดันให้ใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรต้องกระทำ แต่ต้องมีการวางแผนและเตรียมการที่รอบคอบเพื่อลดความคับข้องใจ และปัญหาที่จะเกิดขึ้น จึงควรหาทางแก้ไขปัญหานั้นเนื่องจากการปฏิบัติ ในบทบาทการเป็นผู้จัดการทางการแพทย์ ODS เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบจากการรักษาหรือการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่าเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการในโรงพยาบาล คือ ช่วยลดความแออัดของการรับผู้ป่วยไว้ทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน ลดการ

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องรอคิวนาน ลดอัตราการติดเชื้อมหาในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ลดอัตราการยกเลิกการผ่าตัด และผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นในสถานที่คุ้นเคยและสะดวกสบายกว่าการพักฟื้นอยู่โรงพยาบาล สภาพจิตใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะของผู้สูงอายุจะดีกว่าการมาอยู่ในโรงพยาบาล ประโยชน์ของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อผู้ป่วย เช่น เข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานสะดวก และปลอดภัย ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและญาติ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุข เช่น ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดอัตราการติดเชื้อมหาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เพิ่มบริการที่มาตรฐาน สะดวกและปลอดภัยกับผู้มารับบริการใช้ทรัพยากรได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะห้องผ่าตัดที่ไม่ต้องรอตลอดว่าง มีการพัฒนาการดูแลรักษาแบบองค์รวม โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ร่วมกับการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลในหน่วยงานระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และประโยชน์ต่อกองทุนทางสาธารณสุข เช่น ต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่ลดลง ภาวะแทรกซ้อนต่ำ ไม่ต้องเสียเงินมารักษาภาวะแทรกซ้อน คุ่มค่าในการลงทุนและผลตอบแทนระยะยาว และเพิ่มบริการแต่ค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนบุคลากรไม่ได้เพิ่มมาก เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ใช้ในหน่วยงานไม่มากเพราะการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดจะทำที่บ้านโดยญาติ¹

ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อันประกอบด้วยการพัฒนาโครงสร้าง/นโยบาย กระบวนการและผลลัพธ์พบว่า ระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติแตกต่างกัน

ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายร้อยละ 78.13⁵ และการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจรที่โรงพยาบาลราชบุรีพบว่า (1) ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงและด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ (2) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และ (3) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบภายในสัปดาห์โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจึงควรเป็นการดูแลแบบครบวงจร ตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามผลการรักษาเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁴

จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยนำแนวคิดการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ท⁶ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นวงจรจนกว่าจะได้ระบบการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เพื่อลดความแออัดของการรับผู้ป่วยไว้ทำการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค และการผ่าตัดที่จำเป็นอื่นๆ ได้มากขึ้น และการที่ลดการรับไว้ในโรงพยาบาล สามารถทำให้การดูแลรักษาโรคในโครงการได้เพิ่มมากขึ้น เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยที่ไม่ต้องรอคิวนาน เกิดความ

พึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลรักษาสูงขึ้น การลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และยังช่วยลดระยะเวลารอคอย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบบริการ และประเมินผลลัพธ์ระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2566

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพธาราย โรงพยาบาลพนมไพร และโรงพยาบาลหนองฮี

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ Drop out from project คือ การผ่าตัดที่ใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด/ เสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด ไม่สามารถส่งผู้ป่วยกลับบ้านได้ในเวลา 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จำนวน 10 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 4 คน

ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ บุคลากรผู้รับผิดชอบหลักโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพสุพรรณภูมิ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ระบบบริการ การผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ซึ่งผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบหลักได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการ ระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแปร อายุ เพศ ภูมิภาค และสิทธิการรักษา 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวัน เดียวกลับผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ (36 คำถาม) ลักษณะ คำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ (1= ปฏิบัติ, 0 = ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้ พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการโรงพยาบาล สุวรรณภูมิเป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากร ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง และ 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ มีลักษณะเป็น คำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มา รับบริการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่ เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จำนวน 11 คน

ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 8 คน เจ้าหน้าที่/ พนักงาน จำนวน 2 คน และ 4) การสนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการการพัฒนาระบบ บริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในเครือข่ายบริการ จำนวน 11 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจาก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิจำนวน 8 คนและโรงพยาบาลชุมชน ในเครือข่ายจำนวน 3 แห่งฯ ละ 1 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยนำประเด็น ปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวที การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบหลัก และผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาคืบต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด แบบวันเดียวกลับโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2) แบบ ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มา รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และ 3) แนวคำถาม สำหรับการสนทนากลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดแบบ วันเดียวกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0952565 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วม โครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ลักษณะทางประชากรพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง 6 คน (60.0%) สิทธิการรักษาดำรงครอง 10 คน (100.0%) อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 7 คน (70.0%) อายุเฉลี่ย 53.8 ปี (SD.=8.78) อายุต่ำสุด 41 ปี อายุสูงสุด 71 ปี การสนทนากลุ่ม พบว่า **ด้านระบบบริการ** ระยะเวลาเริ่มดำเนินการจากการประชุมสนทนากลุ่มของผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงาน พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วย ODS ยังมีการให้บริการผู้ป่วย ODS เหมือนผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่มีแนวทางการคัดเลือกผู้รับบริการเข้าร่วมโครงการ แนวทางการรับ Refer ผู้รับบริการ ODS จากโรงพยาบาลเครือข่าย **ด้านบุคลากร** ยังไม่มีทีมดูแลที่ชัดเจน ไม่รู้ต้องลงเอกสารอะไรบ้าง มีความซ้ำซ้อนในการลงเอกสารเหมือนเพิ่มภาระงาน รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด ODS ของแต่ละหน่วยงานที่ไม่ตรงกัน เมื่อแพทย์นัดผู้ป่วย ODS มาผ่าตัดแต่ได้รับบริการรอคิวเหมือนผู้ป่วยทั่วไป Admit และ Set ผ่าตัดตามระบบปกติ เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช้า ส่งผล

ให้ต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า 1 วัน บางครั้งไม่มีการแจ้งหรือส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน เช่น เมื่อถึงเวลาผ่าตัดแต่ผู้ป่วยยัง Admit ไม่ถึงหอผู้ป่วยและยังเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดไม่เสร็จ ไม่มีการติดตามต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน **ด้านระบบวัสดุ/อุปกรณ์** การลงโปรแกรมบันทึกการทำหัตถการของผู้ป่วยโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS & MIS Registry) และการขอชดเชยการรับบริการจาก สปสช.

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยาะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบหลัก กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการ ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกันในระยาะนี้ได้ประเด็น 1) การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย

2. การพัฒนาระบบบริการ การผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร ดังนี้ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วจรที่ 1 : การพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้คือ (1) ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผ่าตัด เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ผู้รับผิดชอบการขอขดเคียงการรับบริการจาก สปสช. และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 11 คน (2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายใน ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแก่เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และ (3) เพิ่มสมรรถนะแพทย์และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะในระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการจัดประชุม/อบรมภายใน และส่งประชุม/อบรมภายนอก

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิมีความตื่นตัวและตระหนักในการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยยังล่าช้า

วจรที่ 2 : การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กิจกรรมการพัฒนา คือ (1) ลดขั้นตอนการรอคอยที่หน่วยบริการด้านหน้า โดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ลงทะเบียนรับใบนำทางที่ตู้ Kiosk และนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องรอคิว (2) พัฒนาระบบการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกให้รวดเร็วขึ้น โดยกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นรายบุคคล ในการซักประวัติ ประเมินอาการ ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติ การเข้าตรวจรักษากับแพทย์ การติดต่อประสานงานและการบริหาร

จัดการในการส่งผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลผู้ป่วยกับศูนย์ ODS และ (3) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งการรับบริการและการเตรียมตัวก่อนทำผ่าตัด/หัตถการ การมารับบริการผ่าตัด/หัตถการ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตลอดจนติดตามผลการทำผ่าตัด/หัตถการเมื่อผู้รับบริการกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผลของการพัฒนานี้ จะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สร้างความมั่นใจให้แก่ทีมที่ดูแลรักษาตัวผู้ป่วย รวมทั้งญาติที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อีกทั้งเพื่อตอบสนองต่อนโยบายด้านการลดความแออัด ลดระยะเวลาในการรอคอย และการลดค่าใช้จ่าย ลดความเสี่ยงเรื่องภาวะแทรกซ้อน

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า กระบวนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบให้คำปรึกษาการประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยมีความชัดเจน สะดวก และรวดเร็วมากขึ้น

3. การประเมินผล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลังการพัฒนาทั้งหมด 10 คน ชาย 5 คน และหญิง 5 คน ส่วนใหญ่อยู่นอกเขตบริการ 7 คน (70.0%) อายุเฉลี่ย 59 ปี (SD.=6.25) อายุต่ำสุด 47.0 ปี อายุสูงสุด 69 ปี **การรับบริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการ** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติตามระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยรวมเพิ่มขึ้น 67.5% กิจกรรมที่เพิ่มมากที่สุดคือ การพบแพทย์ หลังได้ผลการตรวจต่างๆ เพิ่มเป็น 163.6% แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากิจกรรมที่ลดลง มี 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมพบพยาบาลผู้ป่วยนอก ทวนสอบข้อมูลการรักษาให้ตรงกับผู้ป่วย นัดคิว ลงนามยินยอมการรักษาและเข้าร่วมโครงการ รับผิดชอบนัดวันผ่าตัดและขั้นตอนการมารับบริการวันผ่าตัด และพยาบาลประจำศูนย์ ODS โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำผู้รับบริการ 1 วันก่อนผ่าตัด/หัตถการเพื่อเน้นย้ำการปฏิบัติตัว/เตรียมความพร้อมในการทำผ่าตัด/หัตถการ 10.5%, 10.5% และ 11.8% ตามลำดับ **การมารับบริการผ่าตัด/ทำหัตถการ** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 10 คน พบว่า การปฏิบัติตามระบบบริการการผ่าตัด

และการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามขั้นตอน การมารับบริการผ่าตัด/ทำหัตถการโดยรวมเพิ่มขึ้น 60.2% กิจกรรมที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ชักประวัติ/ประเมินสภาพร่างกาย/ตรวจจวัดสัญญาณชีพบันทึกในระบบ HOSxP โรงพยาบาล แผนกวิสัญญีดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา สอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยกับแฟ้ม ประวัติ การเซ็นยินยอมการวินิจฉัยโรค หัตถการ ตำแหน่งผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด/ห้อง ทำหัตถการ ด้วยความนุ่มนวล ดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกและทำการผ่าตัด/หัตถการโดยมีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระหว่างทำผ่าตัด/หัตถการ คิดเป็น 100.0% แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีกิจกรรมที่ดำเนินการลดลง 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมของแผนกวิสัญญีให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกลดลง 22.2% **การดูแลหลังทำผ่าตัด/หัตถการ** ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 10 คน พบว่า การปฏิบัติตามระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามขั้นตอนการดูแลหลังทำผ่าตัด/หัตถการ โดยรวมเพิ่มขึ้น 90.9% เกือบทุกกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น 100.0% เป็นที่น่าสังเกตว่ามีกิจกรรมที่ดำเนินการเพิ่มน้อยที่สุด จำนวน 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมของพยาบาลประจำศูนย์ ODS โทรติดตามเยี่ยมผู้รับบริการหลังทำผ่าตัด/หัตถการ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง (ตามหัตถการและปัญหาผู้ป่วย) เพื่อประเมิน ชักถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติม **จากการสนทนากลุ่ม** พบว่าประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขตามขั้นตอนการรับบริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการ คือ การรับบัตรนัดวันผ่าตัดและขั้นตอนการมารับบริการวันผ่าตัด การโทรศัพท์ติดตามให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนก่อนมารับการผ่าตัด/หัตถการพยาบาลประจำศูนย์ ODS โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำผู้รับบริการ 1 วันก่อนผ่าตัด/หัตถการเพื่อเน้นย้ำการปฏิบัติตัว/เตรียมความพร้อมในการทำผ่าตัด/หัตถการ **ขั้นตอนการมารับบริการผ่าตัด/ทำหัตถการ** คือ แผนกวิสัญญีให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและ**ขั้นตอนการดูแลหลังทำผ่าตัด/หัตถการ** คือ พยาบาลประจำศูนย์ ODS โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้รับบริการหลังทำผ่าตัด/หัตถการทุก 24, 48 และ 72 ชั่วโมง (ตามหัตถการและ

ปัญหาผู้ป่วย) เพื่อประเมินชักถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งพบว่าสภาพปัญหาาระบบบริการ (Service delivery) พบว่า ภาพรวมขั้นตอนการรับบริการรูปแบบและขั้นตอนบริการไม่ชัดเจน ดำเนินการตามรูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยทั่วไป ขาดผู้ดูแลรับผิดชอบการจัดบริการผ่าตัดแบบ ODS กรณีผู้ป่วยผิคนัด ขาดการติดตามผู้ป่วย ไม่มีสถานที่รองรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS โดยเฉพาะการเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขาดแนวทางชัดเจนในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาล ขาดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบ ODS ในกรณีที่ผู้ป่วยผิคนัดผ่าตัดแบบ ODS ขาดการติดตามผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัด การเลือกใช้ยาและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS และผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไปที่ไม่แตกต่างกัน การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ไม่ครบถ้วนเนื่องจากผู้ป่วยกระจายนอนในหลายหอผู้ป่วยการจำหน่ายผู้ป่วยแพทย์จำหน่ายไม่ทันในวันเดียวทำให้ไม่เข้าเกณฑ์ ODS ที่กำหนด ขาดระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและขาดการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ไม่มีอัตรากำลังแยกเฉพาะผู้ป่วย ODS ระบบสารสนเทศ (Information) ขาดความสมบูรณ์ของการบันทึกในระบบ ODS system การเบิกจ่ายยังได้ไม่ครบถ้วนการจัดการงบประมาณ (Financing) งบประมาณรวมกับการบริหารจัดการอื่นๆ ไม่ได้จัดสรรแยกเฉพาะเรื่อง การจัดการผู้ป่วย ในการผ่าตัดแบบ ODS ระบบเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ร่วมกับการให้บริการแบบปกติ ไม่มีการจัดสรรแยกเฉพาะหน่วย (Medical products, Vaccines & Technologies) และผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership/Governance) และผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงานผ่าตัดแบบ ODS และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียม

ความพร้อมของบุคลากร ความปลอดภัยของผู้ป่วยในกระบวนการผ่าตัด ปัญหา อุปสรรค และแนวทางข้อเสนอแนะในการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลตำรวจ โดยใช้การวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 คน ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรที่ให้บริการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลตำรวจ เป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มเดิมที่ทำหน้าที่ให้บริการ ศูนย์บริการผู้ป่วยผ่าตัดครบวงจร ที่มีความรู้ความสามารถชำนาญเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีการแบ่งขอบเขตความรับผิดชอบชัดเจนและบุคลากรทุกคนให้ความร่วมมือในการให้บริการการทำผ่าตัดตามมาตรฐาน HA ผู้ป่วยมีความปลอดภัยตลอดกระบวนการทำผ่าตัด ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการยังไม่ครอบคลุมกระบวนการรักษาทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเป็นระบบการให้บริการที่เปิดใหม่ และแนวทางและข้อเสนอแนะในการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลตำรวจ มีดังนี้ คือควรจัดให้มีการประชุมให้ความรู้ข้อมูลบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบาย แนวทางการให้บริการ ปรึกษาแก้ไขปัญหาพร้อมกันและติดตามการประเมินผลการดำเนินงาน สร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ส่งเสริมให้มีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพรวมถึงการเพิ่มค่าตอบแทนนอกเวลา และสนับสนุนระบบการทำผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) เป็นระบบการผ่าตัดที่ดี ลดระยะเวลาการรอคิวผ่าตัด ลดความแออัดลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁶ ระบบการผ่าตัดแบบ One Day Surgery เป็นการบริการรูปแบบใหม่ ผู้ให้บริการ และผู้มารับบริการยังไม่มีประสบการณ์ความเข้าใจ ในกระบวนการต่างๆ⁷

การพัฒนากระบวนการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ครั้งนี้ สอดคล้องกับกระบวนการตรวจรักษาผู้ป่วยผ่าตัดสองกล้องข้อเข่าแบบ One Day Surgery ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้าตรวจ แพทย์ตรวจรักษา กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน โดยกระบวนการนี้มีการปรับปรุงหลังจากนำไปทดลองใช้ที่

สำคัญ คือ การจัดทำเอกสารเข้าในระบบ EMR (Criteria for One Day Surgery knee/ Preoperative area, Doctor and Team Progress note/ Discharge Criteria/ Home health care FU) คู่มือเอกสารคำแนะนำผ่าตัด (จัดทำเอกสารแผ่นพับ แนะนำ ODS VDO ให้คำแนะนำผู้ป่วย/เพิ่ม QR Code VDO ในเอกสารให้คำแนะนำเพื่อสามารถกลับไปดูบทวน) ปรึกษาแพทย์ (ปรึกษาแพทย์วิสัญญีทุกราย วันเดียวกันกับวันนัดเจาะเลือดตรวจร่างกายก่อนการผ่าตัด) อุปกรณ์และยาที่ใช้ในวันผ่าตัด (อุปกรณ์ Cold Pack เปลี่ยนเป็นซื้อที่ห้องผ่าตัด (อุปกรณ์ และยา Gait aid walker/axillary crutches, Knee Brace แพทย์สั่งซื้อที่ Ward หลังผ่าตัด)⁸

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการเตรียมตัวก่อน (Preoperative) ระหว่าง (Intraoperative) และหลังผ่าตัด/หัตถการ (Postoperative) โดยมีการปฏิบัติตามระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยรวมเพิ่มขึ้น 67.5%, 60.2% และ 90.9% ตามลำดับ เช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการปรับรูปแบบบริการทางวิสัญญี สามารถจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์และพยาบาล และมีหอผู้ป่วยรองรับเฉพาะการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสามารถผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้นจาก 12 ราย เป็น 284 รายภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีลดลงเหลือร้อยละ 25.70 เพิ่มระบบติดตามผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจำหน่ายกลับบ้าน และความพึงพอใจในการรับบริการทางวิสัญญี อยู่ในระดับดีมาก⁷ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจึงควร

เป็นการดูแลแบบครบวงจรตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามผลการรักษา เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁴

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะต่างๆ ตั้งแต่ช่วงการเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อการทบทวนซ้ำหลังการผ่าตัด ควรมีเอกสารหลักฐานข้อแนะนำการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทำความเข้าใจและยินยอม อย่างไรก็ตามควรอธิบายกระบวนการดูแลผู้ป่วยว่าสามารถนอนรักษาต่อในโรงพยาบาลได้ตามดุลยพินิจด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยทีมแพทย์ผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง กระบวนการเตรียมผู้ป่วยและญาติต้องมีการออกแบบการทำงานเป็นทีมร่วมกัน ทั้งศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลทุกระดับที่เกี่ยวข้อง และทีม Home ward

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาต่อยอดการนำระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ไปใช้ในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องที่เป็นแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) และควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562.
2. Division of Medical Technical and Academics Affairs, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Suggestion in the development of one day surgery 2019. Nontaburi: The Printing Business Office of The War Veterans Organization of Thailand; 2019.
3. โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. ผลการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เครือข่ายสุขภาพ

โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบา; 2565.

4. เบญจวรรณ มนูญญา, สกาวเดือน ขำเจริญ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(1):13-24.
5. ชญาณิช ธัมธนพัฒน์. การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564;6(1):57-63.
6. Kemmis S, Taggart RM, The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
7. วิลาวรรณ อัครสุดสาคร, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, สุภวรรณ แก้วอำไพ, เขาวนวิศ พิมพัรัตน์. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(3):118-25.
8. สมรัก จันทร์ศรีบุตร. การพัฒนาระบบบริหารจัดการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลตำรวจ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
9. บุญเรียง พิสมัย, กุสุมาลย์ อุทัยศิลป์, จิราภรณ์ รวีพิสุทธิ์, นาฏอนงค์ อรุณวิสัย,อรพิน อยู่เผือก, พรศิริสุขพูนและคณะ. กระบวนการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องข้อเข่าแบบ One Day Surgery. ใน: งานมหกรรมคุณภาพงาน (Quality Conference) ครั้งที่ 29. วันที่ 4 สิงหาคม 2565; ณ ห้องประชุม 910ABC อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร; 2565. หน้า 1-11.

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

Development of Caring Model for Older Adults with Dementia in Community Through Family and Community Participation

พิสมัย ศรีทำนา* ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์**

Pisamai Sritumna, Ritthirong Ruangrit

Corresponding author: E-mail: pisamai.sri@gmail.com

(Received: September 20, 2023; Revised: September 28, 2023; Accepted: October 25, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อม 11 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 11 คน ประชาชน 42 คน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน 5 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Percentage difference

ผลการวิจัย : ระยะที่ 1 พบว่า การดูแลตาม Care plan ปกติยังไม่เพียงพอ จึงนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวร่วมด้วย ผลการวิจัยระยะที่ 2 ได้นำรูปแบบระยะที่ 1 สู่การปฏิบัติจำนวน 12 ครั้งเป็นเวลา 3 เดือน ผลการวิจัยระยะที่ 3 พบว่าหลังได้รับการบริการตามรูปแบบใหม่ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น สภาพสมองโดยเฉพาะความจำดีกว่าก่อนการพัฒนา ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาระการดูแลลดลงจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปผลระยะที่ 3 พบว่า มี 3 กระบวนการสำคัญ คือ การเขียน Care plan ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะ และชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

สรุปและข้อเสนอแนะ : การใช้รูปแบบการดูแลเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ; ผู้สูงอายุสมองเสื่อม; การดูแลระยะยาว; การมีส่วนร่วม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ABSTRACT

Purposes : To develop a model for caring for the Older Adults with dementia in the long-term care system with the participation of families and communities in Mahasarakham Province

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The group of 100 key informants consisted of 11 elderly people with cognitive impairments and dementia, 11 of family caregivers, 42 of citizens, community leaders/ 20 of village health volunteers, 5 personnel from related agencies in the community, collected data before and after the implementations. Data were analyzed by distributing frequencies, percentages, means and standard deviations and compare the average values with the Percentage difference statistic.

Main findings : Phase 1 found that care according to the normal care plan was not enough. Therefore, a model of adequate care for the elderly with dementia has been adopted. Involve the main caregiver in the family as well. The results of Phase 2, follow 12 activities in 3 months. The results of Phase 3, after receiving the program, Elderly people have better ability to carry out daily activities. Brain condition, especially memory, is better than before development. As for caregivers who live in the same family. The burden of care has decreased from before the development with statistical significance. Phase 3 showed that there are 3 important processes: Writing a care plan with dementia adequately, Family caregivers are skilled, and the community does not abandon each other. Reduce the burden of caring for elderly people with dementia.

Conclusion and recommendations : Using a care model that emphasizes family and community participation. Improves ability of elderly with dementia to perform daily activities. Reduce the care burden on family caregivers.

Key Words : Development of caring model; Older adults with dementia; Long term care; Participation

*Public Health Technical Officer, Professional Level. Mahasarakham Provincial Public Health Office.

**Public Health Technical Officer, Senior Professional Level. Mahasarakham Provincial Public Health Office.

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ดังพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.1 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.7 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 32.5¹ แนวโน้มภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จังหวัดมหาสารคาม ประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จาก ปี พ.ศ.2566 จำนวน 184,278 คน ร้อยละ 19.50 ปี พ.ศ.2565 จำนวน 177,793 คน ร้อยละ 18.74 ปี พ.ศ.2564 จำนวน 171,556 คน ร้อยละ 17.98 ปี พ.ศ.2563 จำนวน 146,526 คน ร้อยละ 15.22 ใน ปี พ.ศ.2566 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองด้านสุขภาพ ร้อยละ 84.86 พบว่ากลุ่มติดสังคม ร้อยละ 90.67 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 8.41 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.96 และมีภาวะเสี่ยงสูงที่จะเป็นสมองเสื่อม ร้อยละ 4.0 เสี่ยงหกล้มร้อยละ 9.77 โรคพบบ่อยและสำคัญ พบว่ามีความเสี่ยงสูงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.01, 1.12 และ 6.79 ตามลำดับ ภาวะโภชนาการ พบว่า มีภาวะผอม ร้อยละ 11.65 อ้วนและอ้วนอันตราย ร้อยละ 4.83² ภายใต้สถานการณ์ “สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ” การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในอนาคต โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดและสะดวกต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งมีครอบคลุมทุกตำบลในประเทศไทย อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด เนื่องจากการพร่องความรู้ความเข้าใจในการคัดกรองและพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน ชะลอภาวะสมองเสื่อม ข้อจำกัดด้านศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการเข้าถึงและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตลอดจน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของจังหวัดมหาสารคามซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงระบบการดูแลอย่างรวดเร็ว ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามปัญหานี้สามารถป้องกันได้โดยนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia: SCD)^{3,4} ที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว รวมทั้งชุมชนบ้านใกล้เรือนเคียงได้ช่วยกันดูแลตลอดเวลาโดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดรูปแบบการพัฒนา ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม 2566 ได้แก่

1. คัดสรรชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. เตรียมชุมชน โดยการสร้างความเข้าใจและความตระหนักแก่ผู้นำชุมชน ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อความร่วมมือในการวิจัย
3. สสำรวจและประเมินข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว แกนนำชุมชน/ อาสาสมัคร
สาธารณสุข ประชาชนและบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน

4. วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง
สรุปผลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบ
การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ
กำหนดแผนในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการดูแล
ผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน ระหว่าง
เดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงเวลา
จำเป็นสำหรับการสังเกตผลกระทบ ทั้งข้อมูลผลลัพธ์
ของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของผู้ดูแลทั้งหมด ตามขั้นตอน
ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้วางแผน
การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
ในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และสร้างทีมวิจัยในพื้นที่

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) เลือกพื้นที่นำร่องในการ
ดำเนินงาน 1 ชุมชน

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการ
ดำเนินงานในชุมชน

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) นำปัญหา
ที่พบสะท้อนการดำเนินงานแก่ทีมเครือข่าย เพื่อนำมาสู่
การวางแผนดำเนินการและปรับปรุงระบบ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

ประเมินผลรูปแบบและประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการช่วงเดือนกันยายน 2566

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ให้การดูแล : ผู้จัดการดูแล (Care Manager) และ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่มีบทบาทรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว

2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแล : ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป

ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดมหาสารคามที่มีความบกพร่อง
ในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อม : ผู้ดูแล ที่อาศัย
อยู่ครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชน
ที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อม
และมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและอาการทางด้าน
จิตที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (BPSD) อย่างน้อยหนึ่ง
อาการ

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน : ประชาชน แกนนำ
ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรในหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งสิ้น 100 คน แบ่งตาม
ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย บุคลากร
จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน 5 คน ผู้นำชุมชน/
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน และ
ประชาชน 42 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยบุคลากรจาก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน 5 คน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย
ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะ
สมองเสื่อม 11 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 11 คน ผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ (Care Giver) 11 คน

มีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
(Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน
จนสิ้นสุดโครงการ :

(1) ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยอ้างอิงจากฐาน
ข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการการดูแลระยะยาวที่
เข้าร่วมการศึกษาหรือจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

(2) อาการที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมประเมิน
โดยแบบสอบถาม Informant Questionnaire on
Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) จำนวน
16 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะบกพร่อง

ทางการรับรู้ของผู้สูงอายุจากการสังเกตจากญาติหรือเพื่อนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เคยมีการทดสอบความน่าเชื่อถือในประเทศไทย พบว่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับหรือมากกว่า 3.47 คะแนน หมายถึงมีผลบวกสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม (ในทันทีจากนี้จะเรียกว่า “ภาวะสมองเสื่อม”) เครื่องมือถูกพัฒนาโดย Jorm et al⁵ ได้รับการแปลโดย Vorapun Senanarong et al⁶

(3) มีผู้ดูแลในครอบครัว (อายุ 18 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือใช้เวลาอย่างน้อย 4 ชั่วโมงทุกวัน กับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ซึ่งตกลงที่จะเข้าร่วมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินการตาม Care plan

การยืนยันกรณีเข้าร่วมการวิจัย : ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองจะได้รับการยืนยันการเข้าร่วมการวิจัยจากทีมผู้ให้การดูแลในระบบการดูแลระยะยาวร่วมกับทีมวิจัย โดยพิจารณาจาก 1) ผลการประเมินภาวะบกพร่องทางการรับรู้ จากการประเมินด้วยเครื่องมือ TMSE พบว่า มีคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน หรือ มีประวัติข้อมูลเวชระเบียนได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม 2) ผลการตรวจสอบประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพพบไม่มีประวัติโรคหัวใจ 3) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตสูงของค่า SBP และค่า DBP ไม่เกินค่าที่กำหนด ได้แก่ ตั้งแต่ 180 mmHg หรือค่า DBP ตั้งแต่ 109 mmHg ขึ้นไป⁷

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา (2) ผู้ดูแลในครอบครัว ไม่ได้ให้ความยินยอมสำหรับการเข้าร่วมของผู้ป่วยในการดำเนินการแทรกแซงตามการศึกษา (3) ผู้จัดการดูแลและ/หรือผู้ให้บริการปฐมภูมิไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการแทรกแซงเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับสภาพทางการแพทย์ (เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง) และ/หรือ ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์พบว่ามีความอ่อนแอ และ (4) ทีมศึกษาตัดสินใจไม่แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

การยุติ /ถอนตัวของผู้ร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมในการศึกษาได้ตลอดเวลาในช่วงระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD) 3-4 ที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

1) ผลลัพธ์ของผู้สูงอายุ :

(1) อาการพฤติกรรม : พฤติกรรมและอาการทางจิตใจที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ) ประเมินโดย NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY-Q (NPI-Q) เป็นการประเมินคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (NPI-Q) ซึ่งมีทั้งหมด 12 ข้อ ว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ เครื่องมือได้รับการพัฒนา⁸ และถูกแปลโดย โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ และคณะ⁹

(2) ความบกพร่องทางการรับรู้ : อาการและความรุนแรงของความบกพร่องทางการรับรู้ ประเมินโดยการตรวจสภาพจิตของประเทศไทย (TMSE) โดยมีจุดตัดคะแนน ≤ 23 คะแนน¹⁰ และพบว่าใช้ระยะเวลาในเฉลี่ย 13 นาที ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ไม่ยาก และมีค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.76

(3) เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Activity of daily livings, ADLs) โดยใช้เครื่องมือประเมิน Modified Barthel index¹¹ และเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย¹² ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.84¹³

2) ผลลัพธ์ของผู้ดูแล :

(1) ภาระของผู้ดูแล : ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Index) เป็นการประเมินจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ซึ่งแบ่งความรู้สึกออกเป็น 5 ระดับให้เลือกตอบ คือ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง ค่อยข้างบ่อย หรือ เกือบจะเป็นประจำ จุดตัดคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นภาระ¹⁴ เครื่องมือได้รับการแปลและถูกทดสอบในประเทศไทย¹⁵

3. เครื่องมือใช้สำหรับกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นแบบสัมภาคณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ช่วงเวลา ได้แก่ การเก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ อาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ สภาพสมอง โดยเฉพาะความจำของผู้สูงอายุ และภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ช่วงก่อนเริ่มดำเนินการ จากนั้นดำเนินการพัฒนารูปแบบตามขั้นตอนและประเมินผลหลังการพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึง กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 6/2566 ภายหลังจากการรับรอง ดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

จากการคัดสรรชุมชนตามเกณฑ์ได้ชุมชนหนองข่าหนองคู ตำบลท่าตุม อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เป็นชุมชนแออัดขนาดใหญ่ในชนบท มีการแบ่งการปกครองออกเป็น 3 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 318 หลังคา ประชากรทั้งหมด 1,163 คน เป็นชาย 585 คน เป็นหญิง 578 คน ประชากรผู้สูงอายุ 210 คน ร้อยละ 18.05 มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 11 คน

ลักษณะทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.70%) มีอายุเฉลี่ย 78 ปี (SD.=7.41) อายุต่ำสุด 65 ปี สูงสุด 88 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีจำนวนมากที่สุด (54.50%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย (72.70%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด (72.70%) หยุดทำงานแล้วอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนมากเป็นบุตรสาว เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (18.20%) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (81.80%) ส่วนมากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (36.40%) โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นเพศหญิง (72.70 %) มีอายุเฉลี่ย 41 ปี (SD.=3.84) อายุต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 51 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด (54.50%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ (57.00%) ระดับการศึกษาประถมศึกษาศึกษามากที่สุด (72.70 %) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว (81.80%) อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน (81.80%) ระยะเวลาที่ดูแลกว่า 8 ปี มีคนมาช่วยดูแล 2 คน (65.30%) มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง (32.45%)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.00%) มีอายุเฉลี่ย 46.75 ปี (SD.=9.07) อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 66 ปี กลุ่มอายุ 41-50 ปี มีจำนวนมากที่สุด (50.00%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท (60.00%) การศึกษา

มัธยมศึกษามากที่สุด (40.00%) สถานภาพสมรสคู่ (70.00%) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (55.00%)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ

1. ขั้นการวางแผน (Planning) วางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ โดยเลือกชุมชนหนองข่าหนองคู ตำบลท่าคูม อำเภอเมืองมหาสารคาม

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนในชุมชนที่ได้คัดเลือก โดยมีการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะ ผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งหมดอยู่ในระบบการดูแลระยะยาว Long Term Care ซึ่งจะได้รับบริการดูแลตาม Care Plan ปกติที่ Care Manager เขียน Care plan รายบุคคลโดยมอบหมายให้ Care giver ดูแลตาม Care plan นั้น แต่ยังไม่เพียงพอเนื่องจากการกระตุ้นการทำงานของสมองหรือภาวะทางด้านจิตใจ จะต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง ควรคำนึงถึงเวลาที่ใช้จ่ายในการให้มากขึ้นและควรติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยกันดูแล

จากการวิเคราะห์ในชุมชน พบว่า มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมบางคนที่เดินออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ได้ บางคนก็

มักจะก่อกองไฟเป็นประจำซึ่งอาจเกิดอันตรายไฟไหม้ได้ ดังนั้นจึงได้ปรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน โดยผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนบ้านใกล้เคียงได้จัดเวรยามรักษาการณ์ ผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาช่วยสอดส่องดูแลในคุ่มบ้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมรายนั้นๆ

ดังนั้น จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปใช้ดำเนินการในระดับบุคคลและครอบครัว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับการสังเกตผลกระทบ ทั้งข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของผู้ดูแลทั้งหมด

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานในชุมชน

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) นำปัญหาที่พบสะท้อนการดำเนินงานแก่ทีมในพื้นที่และทีมวิจัย เพื่อนำมาสู่การวางแผนดำเนินการและปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และสภาพสมอง โดยเฉพาะความจำ (TMSE) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30.29 และ 34.33 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพสมอง โดยเฉพาะความจำ ก่อนและหลังการพัฒนา

รายการ	ก่อนการพัฒนา(n=11)	หลังการพัฒนา(n=11)	%Differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1. คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	7.90(1.51)	10.72(0.46)	+30.29
2. สภาพสมองโดยเฉพาะความจำ (TMSE)	15.81(1.47)	22.36(0.50)	+34.33

หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นร้อยละ 142.86

และ 46.15 ตามลำดับ แต่ไม่พบในระดับรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม (NPI-Q) ก่อนและหลังการพัฒนา

อาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Differences
	(n=11) จำนวน(ร้อยละ)	(n=11) จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับเล็กน้อย	1(9.10)	6(54.55)	+142.86
ระดับปานกลาง	8(72.72)	5(45.45)	+46.15
ระดับรุนแรง	2(18.18)	0(0.00)	0.00

หลังการพัฒนารูปแบบ ภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแล

หลักในครอบครัวลดลงร้อยละ 87.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ก่อนและหลังการพัฒนา

รายการ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Differences
	(n=11) Mean(SD.)	(n=11) Mean(SD.)	
ภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว	23.09(6.92)	9.09(1.64)	-87.01

วิจารณ์

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) ภายหลังจากพัฒนามีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 7.90 คะแนน เป็น 10.72 คะแนน แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มติดบ้านเหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶⁻¹⁷ ที่พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. อาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับรุนแรง กล่าวคือมีความเครียดมากและทำให้ไม่สบายใจและ

จะต้องมีการจัดการเฉพาะรายกรณี ร้อยละ 18.18 ระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 9.10 ภายหลังจากพัฒนา ไม่มีระดับรุนแรง ระดับปานกลางลดลงเหลือ ร้อยละ 45.45 และระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้นร้อยละ 54.55 อธิบายได้ว่า การกระตุ้นให้ทำกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ ดนตรีบำบัด งานศิลปะ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมสร้างความสุข การจัดการปัญหาทางพฤติกรรม (Behavioral management) ได้แก่ การชื่นชม การให้รางวัล การเบี่ยงเบนความสนใจ การวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามหลัก A-B-C การดูแลผู้ดูแล เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจผู้ดูแล ให้คลายเครียด การมีช่วงเวลาพัก การจัดการอารมณ์ การยอมรับและแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับ

การศึกษาของ นรินทิพย์ ฤทธิธิตี¹⁸ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีระดับการมองคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีความเครียดลดลง สุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. สภาพสมองโดยเฉพาะความจำของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.81 ภายหลังจากพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 22.36 คะแนน ทั้งนี้เป็นเพราะการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD) ที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้งานกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาวในโปรแกรม 3C กรมอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ นรินทิพย์ ฤทธิธิตี¹⁸ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม สภาพสมองเบื้องต้นดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า ภายหลังจากพัฒนาแบบมีภาวะการดูแลลดลงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลเข้าใจในโรคสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ และยอมรับกิจกรรมและรับความช่วยเหลือจากชุมชนทำให้จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุได้ ส่งผลทำให้เกิดบรรยากาศสงบสุขภายในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา

ของสาธิตา แรกค่านวนและคณะ¹⁹ พบว่า ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามี 3 กระบวนการสำคัญ คือ 1) การเขียน Care plan ในระบบโปรแกรม 3C ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว 2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีทักษะ 3) ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งระบบบริการสุขภาพควรใช้รูปแบบการดูแล เน้นครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จึงเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการออกกำลังกายและส่งเสริมให้ผู้ดูแลครอบครัวได้รับความรู้การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ผู้ดูแลสูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, แสงเดือน กิ่งช้อยกลาง, นฤปดินทร์ รอดบัน, ขวัญระวี วิทยพิลา, นิติกร สอนชา, ถวัลย์รัตน์ รัตนศิริ, และคนอื่นๆ. คู่มือ การดูแลผู้สูงอายุ

- สมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
- ศิริภาณี ศรีทากาศ, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ. นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ; 2565.
 - Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*. 1989;19(4):1015-22.
 - Senanarong V, Assavisaraporn S, Sivasiriyononds N, Printarakul T, Jamjumrus P, Udompunthuruk S, et al. The IQCODE: an alternative screening test for dementia for low educated Thai elderly. *J Med Assoc Thai*. 2001;84(5):648-55.
 - สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์; 2562.
 - Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
 - โสฬพัทธ์ เหมรัฐโชโรจน์ และคนอื่นๆ. แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์การุณรักษ์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/07/5.-NPI-Q>
 - กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช. 2536.45(6):359-74.
 - Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability. *Int Disabil Stud*. 1988;10(2):64-7.
 - Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing*. 1994;23(2):97-101.
 - Chen H, Levkoff S, Chuengsatiansup K, Sihapark S, Hinton L, Gallagher-Thompson D, et al. Implementation Science in Thailand: Design and Methods of a Geriatric Mental Health Cluster-Randomized Trial. *Psychiatr Serv*. 2022;73(1):83-91.
 - Bedard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O Donnell MJ. The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version. *The Gerontologist*. 2001;41(5):652-7.
 - Pinyopompanish K, Soontompun A, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Tanprawate S, Pinyopompanish K, et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. *Sci Rep*. 2022;12:14138.
 - เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, จตุพร จันทะพุกฤษ, ภาวิณี แผงสุข, ปิยนุช ภิญโย, ภควรรณ ตลอดพงษ์, นิสากร เข้มขนาน. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์*. 2561;8(2):46-57.
 - ชุติมา ทองวชิระ. ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต:กรุงเทพฯ. 2559. doi: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/SDU.res.2016.13.
 - นรินทิพย์ ฤทธิ์ธูดี. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2564;1(3):1-20.
 - สาธิตา แรกค่านวน, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิด

อัลไซเมอร์และการดูแล ของผู้ดูแล ที่แผนก
จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(3):335-46.

การพัฒนาระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน แบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

The Development System for Screening on Liver flukes and Cholangiocarcinoma in Risk Groups as Participatory Communities, Suwannaphum Hospital

สวาสต์ ธรรมมา*

Sawast Thamma

Corresponding author: E-mail: It.sawast1964@gmail.com

(Received: September 25, 2023; Revised: October 3, 2023; Accepted: October 27, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา พัฒนาระบบการคัดกรอง และประเมินผลระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ ที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา 5 คำถาม และพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป และยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ เข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 876 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.1%) อายุเฉลี่ย 53 ปี (SD.=10.1) อายุตั้งแต่ 50-59 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม และประวัติพ่อหรือแม่ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี เคยการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆ สุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก ซึ่งระบบการคัดกรองประกอบด้วย 6 ข้อ คือ สสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ การจัดทำฐานข้อมูล การคัดกรอง การบันทึกข้อมูล การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และคืนข้อมูลและการรักษาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และพบว่าผู้ป่วยสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี (Suspected cases) คิดเป็น 1,712 ต่อแสนประชากร Dilated bile duct (0.23%) Parenchymal Echo ผลการตรวจพบว่า Normal ปกติ 10 ราย (1.14%), Abnormal 5 ราย (0.57%), PDF (พังพืดบริเวณท่อน้ำดี) 1 ราย (0.11%), Parenchymal change (เนื้อตับผิดปกติ) 2 ราย (0.23%) และ Refer case 228 ราย (26.02%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ค้นพบ Suspected case, Dilated bile duct และ Parenchymal change ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง

คำสำคัญ : การคัดกรอง; โรคพยาธิใบไม้ตับ; มะเร็งท่อน้ำดี; กลุ่มเสี่ยง

ABSTRACT

Purposes : To analyze problems, develop on screening system and evaluate a participatory screening system on liver flukes and cholangiocarcinoma in risk groups as participatory communities.

Study design : Research and Development : R&D

Materials and Methods : All total 876 of cases were consisted of participants aged 40 years old and over who lived in Sakhu subdistrict area, Suvarnabhumi district who were screened verbally with 5 questions and found to be at risk for bile duct cancer in one or more questions, and were willing and able to apply to participate in research project and received ultrasound examinations. Data were collected using questionnaires and recording forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : All most of them female (70.1%) had an mean age of 53 years (SD.=10.1), ages ranging until 50-59 years, graduated from primary school, agricultural, occupation and history of father or mother having bile duct cancer, had you ever assorted Sashimi, undercooked, scaly freshwater fish or fermented fish. The system for screening were consisted of 6 steps: survey of problems and needs; create a screening database; data recording; additional diagnostic testing and data recovery, and treatment and surveillance of at-risk groups. We were found that Suspected cases accounted for 1,712 per 100,000 population, dilated bile duct (0.23%) parenchymal echo examination results found Normal 10 cases (1.14%), abnormal 5 cases (0.57%), PDF (Bile duct fibrosis) 1 case (0.11%), parenchymal change (abnormal liver tissue) 2 cases (0.23%) and Refer case 228 cases (26.02%).

Conclusion and recommendations : This research resulted in the discovery of suspected cases, dilated bile duct and parenchymal change. therefore, relevant agencies should apply them in high-risk areas.

Keywords : Screening; Liver flukes; Cholangiocarcinoma; Risk groups

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้โรคมะเร็งตับเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับประเทศและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สาเหตุของการเสียชีวิตทั่วประเทศปีละประมาณ 28,000 คน กรมควบคุมโรคได้ร่วมกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2568 โดยกำหนดเป้าหมาย คือ อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1.0 และปลาปลอดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 1.0 และ อัตราการตายจากมะเร็งท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2578 ทั้งนี้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการขับเคลื่อนตามมาตรฐานการแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ที่จะส่งผลให้การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความยั่งยืน¹ เช่นเดียวกับการดำเนินงานโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคที่มีความชุกสูงมากที่สุดในประเทศไทยได้รับการบันทึกว่าเป็นแหล่งที่พบผู้ป่วยโรคของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก โดยมีสถิติยอดผู้เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีสูงถึงกว่า 50 คนต่อวัน กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2557 ประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีจำนวนทั้งสิ้น 14,000 ราย และมีผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำนวนทั้งสิ้น 6,000,000 คน ทั่วประเทศซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในแหล่งระบาดของพยาธิใบไม้ตับที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี² เมื่อมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือมีอาการเรื้อรังติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำบ่อยๆ ในระยะยาวจะส่งผลให้เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคนได้ ในปี พ.ศ.2558 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ถึงปีละ 28,000 ราย เฉลี่ยมีคนเสียชีวิตวันละ 76 ราย จากการสำรวจสถานการณ์โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกรมควบคุมโรค พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในบางหมู่บ้านสูงถึงร้อยละ 85 และความชุกของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับหมู่บ้านพื้นที่ภาคเหนือก็มีการตรวจพบสูงเช่นกัน คือ ร้อยละ 45.6³

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) เป็นมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีทั้งในและนอกตับ พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวนประมาณ 15,000 - 20,000 รายต่อปี พบเป็นอันดับหนึ่งในผู้ชาย ในกลุ่มอายุ 50-65 ปี สถิติการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ระหว่าง 93 - 318 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี และขณะนี้สถานการณ์อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีไม่ได้มีแนวโน้มลดลงตามโรคมะเร็งตับอย่างที่เราเคยเป็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 19.5 และ 31.4 ตามลำดับ ส่งผลให้มีอัตราการรอดชีพต่ำมาก แม้ว่าอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีนั้นจะสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี แต่ยังมีโอกาสมะเร็งชนิดนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มต้นด้วยเทคโนโลยีทันสมัยโดยใช้การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องเพื่อคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกเป็นการตรวจยืนยันและการรักษาและติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ให้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันการณ์ ซึ่งทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้ทันเวลา ยิ่งพบเร็วยิ่งมีโอกาสรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนมากจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการหรือในระยะที่ลุกลามและแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงมากแล้วทำให้เข้ากินจะแก้ไขได้ทันท่วงที ซึ่งโอกาสในการรักษาในระยะนี้ถือว่าแทบจะไม่มี หากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการวินิจฉัยระยะเริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีการลุกลามใดๆ ปรากฏ จะมีโอกาสหายจากโรคได้มากกว่า ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย ปัจจุบันนี้แพทย์สามารถใช้อัลตราซาวด์บริเวณตับในการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นได้ โดยแพทย์จะสามารถมองเห็นก้อนมะเร็งหรือเห็นลักษณะของท่อน้ำดีขยายตัว บ่งบอกถึงความผิดปกติที่อาจหมายถึงมะเร็งท่อน้ำดีได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ถูกสงสัยว่าอาจจะเป็นมะเร็งท่อน้ำดีจะได้รับคำแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วย CI หรือ MRI อีกครั้งก่อนที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดหรือให้ยาเคมีบำบัดต่อไป⁴

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2565 พบว่า การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงมีพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 659 ตำบล จากการดำเนินงานที่ผ่านมาข้อจำกัด คือ การตรวจคัดกรองดำเนินในพื้นที่ใหม่ทุกปี ดังนั้น ความซุกที่ได้จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนบอกความซุกของจังหวัดและเขตได้ แต่อย่างไรก็ตามผลการตรวจคัดกรองสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่บอกสถานการณ์ของพื้นที่นั้นๆ ได้ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรอง ปี พ.ศ.2559-2565 ดำเนินการได้ครอบคลุมรวม 659 ตำบล (100.0%) พบความซุกการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวม เขตสุขภาพที่ 7 คือ ร้อยละ 5.97, 10.35, 6.39, 6.38, 2.38, 3.19 และ 2.32 ตามลำดับ ผู้ติดพยาธิทุกรายให้การรักษาด้วยยา Praziquantel และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตามจากผลการตรวจพบการติดเชื้อซ้ำแสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังคงมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาววงศ์ปลาตะเพียนแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ อย่างต่อเนื่อง ผลการตรวจจาะเจาะซ้ำในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2560-2565 พบร้อยละ 13.07, 9.36, 3.95, 4.46, 3.53 และ 18.33 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560-2565 ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด พบความซุกพยาธิใบไม้ตับในคน ร้อยละ 5.58, 9.62, 6.75, 8.70, 7.60 และ 6.10 ตามลำดับ และพบอัตราการติดเชื้อซ้ำร้อยละ 30.23, 11.00, 3.71, 4.41, 4.71 และ 18.33 ตามลำดับ⁵

ปัจจุบันโรคมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จึงจัดเป็นมะเร็งกลุ่มที่ป้องกันได้ และรักษาหายหากได้รับการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยยังไม่ปรากฏอาการแสดงออก พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ ผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไปเป็นคนจากภาคอีสาน มีประวัติกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ หรือผู้ป่วยที่มีประวัติการติดพยาธิใบไม้ตับ หากรับการตรวจคัดกรองด้วยการทำอัลตราซาวด์บริเวณตับและพบรอยโรคโดยเฉพาะพังผืดรอบท่อน้ำดีในน้ำดีเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ แพทย์และผู้ป่วยต้องตระหนัก

และตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงสูงนี้ด้วยการทำอัลตราซาวด์ซ้ำทุกๆ 6 เดือน ก็จะทำให้มีโอกาสตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มต้นได้ การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 90 เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังควรได้รับการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังภาวะโรคมะเร็งตับเช่นกัน เนื่องจากเชื้อไวรัสดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับถึงร้อยละ 90 จากผลการดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ อำเภอสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 5 ปี ย้อนหลัง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2565 พบว่ามีผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 17, 15, 18, 28 และ 26 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2565 พบว่า มีจำนวน 26, 42, 40, 43, 34 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) ร้อยละ 0.1, 0, 0.2, 0.5 และ 1.0 ตามลำดับ⁶ ดังนั้น โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้ดำเนินงานคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีตามมาตรฐาน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยให้บริการทุกวัน ผู้ป่วยจะได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่องทุกรายและส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลและเฝ้าระวังรวมทั้งค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีการสงสัยในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา พัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินผลระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เป็นการพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเครือข่ายโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2566 มีขั้นตอนการ

ดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป็นประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3,205 ราย จากจำนวน 21 หมู่บ้าน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา 5 คำถาม พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ เข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ จำนวน 876 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ โครงการพัฒนาระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบคัดกรองด้วยวาจา 5 คำถาม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (Register) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA01) แบบบันทึกผลการอัลตราซาวด์ (CCA02) และโปรแกรม CASCAP โดยใช้เครื่องมือวิจัยจากโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย มหาวิทยาลัยขอนแก่น²

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยง โดยกิจกรรม (1) การจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ที่ตรวจจู่จาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและตับอักเสบบี รายชื่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังหรือตับแข็งในเขตพื้นที่โดยเลือกพื้นที่ตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกเป็นรายหมู่บ้าน โดยการจัดทำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลการมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสวรรณภูมิ (2) วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพื่อทราบถึงสถานการณ์ความชุกในแต่ละตำบลแล้วส่งข้อมูลทั้งหมดกลับคืนให้พื้นที่แต่ละหมู่บ้านให้ทราบ

สถานการณ์และความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี อัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบบี และอัตราการป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังหรือตับแข็ง เพื่อให้ทราบกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการคัดกรองดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (3) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening) ในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในตำบลสระคูด้วย 5 คำถาม และเข้มข้นในการคัดกรองในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงตามทะเบียนรายชื่อ (4) จัดเตรียมเอกสารในการคัดกรองด้วยวาจา 5 คำถาม ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วยชื่อ สกุล เพศ เลขประจำตัวประชาชน อายุ ที่อยู่ปัจจุบันชื่อคู่สมรส ชื่อบิดา ชื่อมารดา เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (CCA01) แบบบันทึกผลการอัลตราซาวด์ (CCA02) ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการและรับการตรวจอัลตราซาวด์ (5) ประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จำนวน 10 ราย เพื่อพัฒนาศักยภาพในการบันทึกข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงตามโครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรองตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อให้สามารถบันทึกข้อมูลทั่วไป (Register) ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการและรับการตรวจอัลตราซาวด์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี แบบบันทึกผลการอัลตราซาวด์ ในโปรแกรม CASCAP ได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผลได้อย่างแม่นยำ

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์ดำเนินการรวบรวมรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) 5 คำถาม จากกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลสวรรณภูมิเพื่อนำมาวางแผนและจัดทำแผนการตรวจอัลตราซาวด์ โดยการประสานศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ โรงพยาบาลสวรรณภูมิเพื่อให้บริการออกตรวจอัลตราซาวด์ที่คลินิก OPD ศัลยกรรมในเวลาราชการทุกบ่ายวันพุธ และในวันหยุดเสาร์ และอาทิตย์ ในช่วงการรณรงค์นอกจากนี้

ยังประสานพื้นที่โรงพยาบาล คลินิกหมอบรรอบครัวในการนัดประชากรกลุ่มเสี่ยงมาตรวจอัลตราซาวด์ และการเตรียมตัวประชากรกลุ่มเสี่ยงในการตรวจอัลตราซาวด์เตรียมสถานที่ ห้องตรวจ ห้องแจ้งผลการตรวจการให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วนชัดเจน ประสานเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพในการขึ้นปฏิบัติงานตรวจอัลตราซาวด์นอกเวลาราชการ จัดหาเครื่องอัลตราซาวด์ที่มีสมรรถนะสูงในการตรวจอัลตราซาวด์ของศัลยแพทย์และรังสีแพทย์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ระยะเริ่มแรก

ระยะที่ 3 ประเมินและวิเคราะห์ผลส่งต่อกลุ่มเสี่ยงสูงที่ตรวจพบ Liver Mass, Dilate bile duct แพทย์เฉพาะทางและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography Scan: CT Scan) เมื่อสงสัยหรือวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทันที โดยมีช่องทางด่วนพิเศษที่ทางเขตสุขภาพที่ 7 ได้กำหนดไว้เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0392566

ผลการวิจัย

1.วิเคราะห์สภาพปัญหาและรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 876 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.1%) อายุเฉลี่ย 53 ปี (SD.=10.1) อายุตั้งแต่ 50-59 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประวัติไม่เคยได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ไม่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ประวัติพ่อหรือแม่ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง เคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆ สุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคตับอักเสบชนิดบีหรือโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแบบมีส่วนร่วม (n=876)

ตัวแปรลักษณะทางประชากร	ชาย	หญิง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	262(29.9)	614(70.1)
อายุ(ปี)		
20-29	6(2.3)	12(2.0)
30-39	10(3.8)	23(3.7)
40-49	39(14.9)	178(29.0)
50-59	92(35.1)	236(38.4)
60-69	94(35.9)	133(21.7)
70-79	20(7.6)	29(4.7)
80+	1(0.4)	3(0.5)
Mean ±SD.	57±9.80	53±10.1
Median(Min:Max)	58(23:85)	54(23:82)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรลักษณะทางประชากร	ชาย	หญิง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3(1.1)	1(0.2)
ประถมศึกษา	190(72.5)	428(69.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	28(10.7)	94(15.3)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16(6.1)	29(4.7)
ประกาศนียบัตร	23(8.8)	53(8.6)
ปริญญาตรี	2(0.8)	9(1.5)
อาชีพ		
ว่างงาน	5(1.9)	18(2.9)
เกษตรกร	207(79.0)	471(76.8)
รับจ้าง	32(12.3)	60(9.8)
ธุรกิจส่วนตัว	4(1.5)	20(3.2)
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	10(3.8)	21(3.4)
อื่นๆ	4(1.5)	24(3.9)
ประวัติการได้รับการตรวจหาไขพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	143(54.6)	366(59.7)
เคย 1 ครั้ง	75(28.6)	161(26.2)
เคย 2 ครั้ง	25(9.5)	51(8.3)
เคย 3 ครั้ง	8(3.1)	15(2.4)
เคยมากกว่า 3 ครั้ง	4(1.5)	10(1.6)
จำไม่ได้	7(2.7)	11(1.8)
ประวัติการตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	143(54.6)	368(59.9)
ตรวจแต่ไม่พบ	74(28.2)	155(25.2)
ตรวจแล้วพบไขพยาธิ	36(13.7)	74(12.1)
จำไม่ได้	9(3.4)	17(2.8)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรลักษณะทางประชากร	ชาย	หญิง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ประวัติการได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	198(75.6)	499(81.3)
เคย 1 ครั้ง	35(13.3)	79(12.9)
เคย 2 ครั้ง	11(4.2)	13(2.1)
เคย 3 ครั้ง	5(1.9)	7(1.1)
เคยมากกว่า 3 ครั้ง	6(2.3)	6(1.0)
จำไม่ได้	7(2.7)	10(1.6)
ประวัติการมีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี		
มี	238(90.8)	539(87.8)
ไม่มี	24(9.2)	75(12.2)
ความสัมพันธ์		
ปู่ ย่า	29(11.1)	64(10.4)
ตา ยาย	27(10.3)	64(10.4)
ลุง ป้า	30(11.4)	64(10.4)
น้ำ อา	30(11.4)	59(9.6)
พ่อ แม่	37(14.1)	106(17.3)
ลูกชาย ลูกสาว	25(9.6)	56(9.1)
หลานๆ	28(10.7)	65(10.6)
คู่สมรส	56(21.4)	136(22.2)
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	191(72.9)	609(99.2)
สูบ/เคยสูบ	71(27.1)	5(0.8)
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	121(46.2)	492(80.1)
ดื่ม/เคยดื่ม	141(53.8)	122(19.9)
คุณเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่		
ไม่เป็น	255(97.3)	614(100.0)
เป็น/เคยเป็น	7(2.7)	0(0.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรลักษณะทางประชากร	ชาย	หญิง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุก		
ไม่เคย	76(29.0)	196(31.9)
เคย	186(71.0)	418(68.1)
เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดบ้างต่อไปนี้		
ไม่เป็น	215(82.0)	499(81.2)
ตับอักเสบบี	1(0.4)	4(0.7)
ตับอักเสบซี	2(0.8)	0(0.0)
โรคเบาหวาน	18(6.9)	36(5.9)
อื่นๆ	26(9.9)	75(12.2)

2. ระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การดำเนินงานประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนากระบวนการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการประชาสัมพันธ์โครงการฯ ประชุมปรึกษาหารือผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ พบว่าการคัดกรองยังไม่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม และกลุ่มเสี่ยงสูงไม่ยินยอมเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ ด้วยเหตุผลว่าไม่สะดวกในการเดินทางกลัวตรวจพบโรค ประกอบกับมีความเชื่อว่าตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีแล้วรักษาไม่ได้ตายทุกราย รอนานทนหิวไม่ไหวเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงต้องงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนตรวจอัลตราซาวด์ ขั้นตอนที่ 2 จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้นโดยการทำทะเบียนรายชื่อผู้ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับรักษาด้วยยาพาซิควอนเทล ผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและตับอักเสบบีรายชื่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังหรือตับแข็งในเขตตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกเป็นรายหมู่บ้าน โดยการจัดทำข้อมูล

จากฐานข้อมูลการมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา 5 คำถาม ในประชากร 40 ปีขึ้นไป ขั้นตอนที่ 4 การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในโปรแกรม CASCAP ขั้นตอนที่ 5 การตรวจอัลตราซาวด์ ทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน ขั้นตอนที่ 6 การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม คั้นข้อมูล และส่งต่อเพื่อการรักษา และขั้นตอนที่ 7 การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและการรักษาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

3. การประเมินผลระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ป่วยสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี (Suspected case) คิดเป็น 1,712 ต่อแสนประชากร รอยโรคร่วมกับมีการขยายของท่อน้ำดี (Dilated bile duct) จำนวน 2 ราย (0.23%) Parenchymal Echo ผลการตรวจ Normal ปกติ 10 ราย (1.14%) Abnormal 5 ราย (0.57%) PDF (พังผืดบริเวณท่อน้ำดี) 1 ราย (0.11%) Parenchymal change (เนื้อตับผิดปกติ) 2 ราย (0.23%) Refer case 228 ราย (26.02%) ส่งต่อด้วยสาเหตุ Suspected CCA 15 ราย (1.71%) และส่งต่อด้วยสาเหตุอื่นๆ 213 ราย (14.95%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจคัดกรอง Cholangiocarcinoma Screening and Care Program

Cholangiocarcinoma Screening	จำนวน(ร้อยละ)
Suspected case ผู้ป่วยสงสัย (1,712/100,000 ประชากร)	15(0.12)
Dilated bile duct (รอยโรคร่วมกับมีการขยายของท่อน้ำดี)	2(0.23)
Liver mass (ก้อนที่ตับ)	13(1.48)
Parenchymal Echo	15(1.71)
Normal	10(1.14)
Abnormal	5(0.57)
Fatty liver (ไขมันพอกตับ)	0(0.00)
PDF (พังพืดบริเวณท่อน้ำดี)	1(0.11)
Cirrhosis (ตับแข็ง)	0(0.00)
Parenchymal change (เนื้อตับผิดปกติ)	2(0.23)
Refer case	228(26.02)
ส่งต่อด้วยสาเหตุ Suspected CCA	15(1.71)
ส่งต่อด้วยสาเหตุอื่นๆ	213(14.95)

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (55.00%) สูบมากกว่า 5 มวนต่อวัน (69.70%) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่มากกว่า 15 ปีขึ้นไป (75.80%) นิยมสูบบุหรี่ (45.50%) ดื่มแอลกอฮอล์ (63.30%) ดื่มน้อยกว่า 5 แก้วต่อวัน (8.60%) อายุที่เริ่มดื่มมากกว่า 15 ปีขึ้นไป (94.70%) นิยมดื่มเหล้าขาว (57.90%) กลุ่มเสี่ยงทุกคนได้ตรวจอุจจาระหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับและทราบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับ (73.30%) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (51.70%) รับประทานยาฆ่าพยาธิตามการรักษาของบุคลากรทางสุขภาพ (68.30%) ซื้อยาฆ่าพยาธิมารับประทานเอง (31.70%) จำนวนครั้งที่รับประทานยาฆ่าพยาธิน้อยกว่า 2 ครั้งต่อปี (84.20%) มีประวัติสัมผัสสารเคมีในการทำเกษตรกรรม (75.00%) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง พบว่า รับประทานสัตว์น้ำจืดแบบดิบๆ (86.70%) มีความถี่ในการรับประทานนานๆ ครั้ง

(53.80%) รับประทานอาหารหมักดองแบบดิบๆ (86.70%) ความถี่ในการรับประทานนานๆ ครั้ง (57.70%) รับประทานเนื้อสัตว์ที่ผ่านการแปรรูป (61.00%) ความถี่ในการรับประทานนานๆ ครั้ง (81.01%)⁷

ระบบการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรดา พิงศรีเพ็ง⁷ โดยมีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการประชุมย่อยแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ เพื่อโน้มน้าวให้เกิดการกำหนดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงให้ดีขึ้นโดยทุกครั้งจะส่งแบบเชิญเข้าร่วมประชุมก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน โดยการสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี 1) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการให้กลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและ

บุคลากรสุขภาพได้รับทราบ 2) ครอบครัวยอมรับทราบกิจกรรมการดูแล บทบาทหน้าที่ ที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ และนำเสนอความคาดหวังบทบาทหน้าที่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น กำหนดเป็นข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน 3) ทุกครั้งของการประชุมผู้วิจัยจะให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่น่าเสนอรวมทั้งให้ออกาสนำเสนอความคิดเห็นอื่นๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยสรุปมาเพื่อยืนยันผลการศึกษาเดิมที่พบ รวมทั้งค้นหาสาเหตุและประเด็นเพิ่มเติม และ 4) ในขณะที่ดำเนินการกลุ่ม ผู้วิจัยสังเกต ปฏิบัติ ความตั้งใจ ความสนใจของกลุ่มระหว่างการแสดงความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกอย่างเต็มที่ กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และบันทึกข้อมูลเพื่อนำมาสรุปผลที่ได้จากการประชุมและวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ที่พบ

ส่วนการประเมินผลระบบการคัดกรองครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ.2566 โดยการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยง เมื่อพบผู้ติดเชื้อให้การรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการครบถ้วนทุกพื้นที่ จำนวน 659 ตำบล ในปี พ.ศ.2565 ตามแนวทางกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ.2566 จังหวัดใดที่ตรวจคัดกรองครบถ้วนทุกตำบล ให้ดำเนินการเลือกพื้นที่ที่มีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 5 ขึ้นไป ตรวจคัดกรองซ้ำอีกครั้ง ซึ่งจำนวนตำบลเป้าหมายให้พิจารณาตามบริบทของพื้นที่ผลการตรวจคัดกรองโดยการตรวจอุจจาระในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 ดำเนินการตรวจจำนวนทั้งสิ้น 20,899 ราย พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 443 ราย อัตราความชุก 2.12 การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจังหวัดพบอัตราความชุกสูงสุด ที่จังหวัดมหาสารคาม 2.91 รองลงมาคือจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด 2.64, 2.08 และ 1.71 ตามลำดับ ส่วนคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 เป้าหมาย 11,000 ราย ดำเนินการตรวจคัดกรองจำนวนทั้งสิ้น 23,351 ราย (212.29%) พบผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง 9,877

ราย PDF 2,539 ราย และสงสัย CCA 195 ราย ได้รับการส่งต่อวินิจฉัยโดย CT/MRI 173 ราย (22 ราย อยู่ระหว่างติดตามเข้ารับการทำ CT/MRI และอยู่ระหว่างรอผล CT/MRI) เขตสุขภาพที่ 7 พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี 22 ราย เข้ารับการรักษา 18 ราย 4 ราย สมัครใจเข้าสู่การรักษาแพทย์ทางเลือก⁵ และสอดคล้องกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ.2566 ร้อยละ 4.5 รับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 50.0 รับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเมื่อตรวจไม่พบไขพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 40.9 และรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับโดยไม่ได้ตรวจ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 95.5⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เขตอำเภอสวรรคภูมิครั้งนี้มีประสิทธิภาพดีเนื่องจากมีความไวค่อนข้างสูงและทำให้พบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกได้ อันจะส่งผลให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น การตรวจคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกมีความสำคัญอย่างยิ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การศึกษานี้ค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ระยะแรกและยังสามารถค้นพบกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดีอีกจำนวนหนึ่ง ทั้งนี้กลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เพื่อป้องกันการป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต สร้างความตื่นตัวในชุมชนให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคและเชื่อมั่นว่ามะเร็งท่อน้ำดีตรวจพบระยะแรกสามารถรักษาหายได้ และผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติอื่นๆ เช่น นิ่วไต นิ่วในถุงน้ำดีได้รับการรักษาก่อนจะมีอาการรุนแรง ควรมีการตรวจคัดกรองนี้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัวชุมชน จึงจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การดำเนินการโครงการฯ ครั้งต่อไปควรให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ทั้งตั้งรับภายในโรงพยาบาลและออกตรวจอัลตราซาวด์เชิงรุกในชุมชน และให้บริการทั้งวันราชการและวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ซึ่งจะทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกได้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วีระพล วิเศษสังข์, ณรงค์ วราพุดม, รัตนาภรณ์ วราพุดม. 4ป.1ข บ่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ. จุลสารศูนย์ประสานงาน โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. 2565;7(18):9-11.
2. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โครงการ CASCAP [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยท่อน้ำดี; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cascap.kku.ac.th/>
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือสม.หมอประจำบ้านด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.
4. นันทิยา เข้มเพชร. การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ อำเภอภูซำ จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(2):13-23.
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2566 รอบ 2 เขตสุขภาพที่ 7 ประเด็นที่ Area based : โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_executive/2023-08-20-10-02-58.pdf
6. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. รายงานผลการดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. ร้อยเอ็ด: สวณยรรนรเรโรสรณบยบย: โรงพยาบาล; 2566.
7. วรดา พิงศรีเพ็ง. การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงตำบลป่าคำหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.
8. เบญจพร ถานทองดี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php>.

**ผลของการสอนและช่วยจัดทำให้นมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดต่อระดับความรู้และทักษะ
ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกคลอด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ**
**Result of Postpartum Education and Lactation Support on Breastfeeding Knowledge
and Skills in the Early Postpartum Cesarean Section at Suwannaphum Hospital**

นิรมล สัจวร*

Niramol sangworn

Corresponding author: E-mail: Niramol1969@gmail.com

(Received: September 27, 2023; Revised: October 5, 2023; Accepted: October 29, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะแรกก่อนและหลังได้รับการสอนและการช่วยเหลือการจัดทำให้นมบุตร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อน-หลัง (Pretest - posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดจำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ และการประเมิน LATCH Score เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 4.10 คะแนน (95%CI: 3.59, 4.61) และมีคะแนนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.70 คะแนน (95%CI: 0.64, 0.91)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสอนและการช่วยเหลือมารดาในการจัดทำช่วยมารดาหลังผ่าตัดคลอดส่งผลให้มารดามีความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรนำไปปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานในการดูแลในระยะหลังคลอด

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง; การช่วยเหลือในการให้นมบุตร

ABSTRACT

Purposes : This study aims to assess the impact of educational interventions and maternal assistance on the breastfeeding knowledge and skills of mothers immediately following a cesarean section. The research

Study design : A quasi-experimental Pretest - posttest approach.

Material and Methods : 40 of samples mothers after cesarean section. Data were collected using a knowledge questionnaire, and LATCH Score assessment. Data were collected between April and June, 2021, and analyzed using descriptive statistics, frequency, mean, percentage, standard deviation, and Paired t - test.

Main findings : After experiment, it was found that the samples had a higher knowledge score about breastfeeding than before experiment ($p < .001$), with an increased of 4.10 (95%CI: 3.59, 4.61) and a score of breastfeeding skills, higher than before experiment ($p < .001$) with an increase of 0.70 points (95%CI: 0.64, 0.91).

Conclusion and recommendations : The results of this research show that teaching and assisting mothers in positioning helps mothers after cesarean section resulting in mothers having increased breastfeeding knowledge and skills, therefore, it should be implemented as a standard of care in post-partum period.

Keywords: Breastfeeding; Post - cesarean section; Maternal assistance

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรค เช่น ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก มีอาการไม่สุขสบายจากการได้รับยาชาหรือยาดมสลบ รวมทั้งการที่ทารกต้องแยกจากมารดาในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก¹ เหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการกระตุ้นการโอบกอดทารกและการนำบุตรเข้าเต้าในระยะ 30-60 นาทีแรกเกิด ซึ่งถือเป็น Golden Period ในการส่งเสริมความรักความผูกพันระหว่างมารดาทารก (Bonding and attachment) และเป็นการส่งเสริมความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²

ในขณะที่สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 29 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2021 สำหรับประเทศไทย อัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในปี พ.ศ.2564 และเมื่อจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 45-50 ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 20³ และสถิติของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิระหว่างปี พ.ศ.2562-2564 มีอัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยร้อยละ 53 ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จลดลง ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดถึงร้อยละ 74 มีน้ำนมมาในระดับน้อย และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไม่ประสบความสำเร็จ

การที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกคลอด ทำให้นาบุตรดูดนมได้ช้ากว่าปกติและไม่สามารถกระตุ้นดูดทุก 2-3 ชั่วโมงได้ส่งผลต่อการมาของน้ำนมล่าช้า มารดาหลังคลอดรับรู้การมาของน้ำนมว่ามาน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก ซึ่งทำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จ¹ ถึงแม้ว่ามารดาจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างดีแล้วก็ตาม

ดังนั้น การส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดจึงควรมีการดำเนินการในหน่วยห้องคลอดและหลังคลอด ซึ่งมีรายงานการศึกษาหลายรายงานที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนและการช่วยจัดทำให้นมหลังผ่าตัดคลอด มีส่วนช่วยให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ต่อระดับการมาของน้ำนมเพิ่มระดับความรู้และความสามารถ และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาสำเร็จ⁴⁻⁵ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำรูปแบบการให้ความรู้และการช่วยจัดทำให้นมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมาใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของการให้ความรู้และการช่วยจัดทำให้นมต่อระดับความรู้และทักษะการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการให้นมบุตรในมารดาหลังผ่าตัดคลอดก่อนและหลังการได้รับการสอนและการช่วยจัดทำ รวมทั้งเพื่อเปรียบเทียบทักษะการให้นมบุตร (LATCH score) ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดก่อนและหลังการได้รับการสอนและการช่วยจัดทำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะแรกก่อนและหลังได้รับการสอนและการช่วยเหลือการจัดทำให้นมบุตร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง (Pretest & posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิในระหว่างวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2564

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Effect size) กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน⁶ ได้ Effect size เท่ากับ .50 กำหนดระดับ

นัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 38 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มารดาหลังผ่าตัดคลอด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในระยะหลังคลอดทั้งมารดาและทารก และ 3) ไม่มีข้อห้าม การให้นมบุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผ่นพับเรื่อง นำนมแม่ให้แต่ประโยชน์ กลเม็ด 4 จุดเพิ่มปริมาณน้ำนม อย่างที่ลูกคาดหวังไม่ถึงของศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ภาพหลักการจัดทำให้นมบุตรของกรมอนามัย และหุ่นทารก และเต้านมยาง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไป ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึง นำไปใช้ในการวิจัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 12 ข้อ เต็ม 12 คะแนน เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ใช่ และไม่ทราบ เท่ากับ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงปฏิเสธตอบ ไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ตอบ ใช่ และไม่ทราบเท่ากับ 0 คะแนน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ในมารดาหลังคลอดจำนวน 15 ราย ทำการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.71 แบบประเมินระดับคะแนน LATCH score เป็น เครื่องมือมาตรฐานของการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีทั้งหมด 5 ด้าน 3 ระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-2 คะแนน เป็นการประเมินตาม Rubric score คะแนนเต็ม 10 คะแนน ถ้าได้คะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามารดามี ทักษะในการนำบุตรเข้าเต้าได้ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผู้วิจัยเข้าพบ

มารดาหลังคลอด อธิบายวัตถุประสงค์และกิจกรรมการวิจัย ขอความยินยอมจากมารดาหลังคลอดในการเข้าร่วมวิจัย 2) ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการให้นมบุตรหลังจากนั้น นำบุตรเข้าเต้าทำการประเมินคะแนน LATCH score ก่อนการให้ความรู้และช่วยจัดทำ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที 3) ให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนแบบภาพพลิกและแผ่นพับ ความรู้การให้นมบุตรและให้มารดาหลังคลอดนำบุตรเข้าเต้า ให้การช่วยเหลือในการจัดทำให้นมมารดาหลังผ่าตัดคลอด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และ 4) ทำการประเมินความรู้ และคะแนน LATCH score ก่อนการจำหน่ายในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลทั่วไป ระดับคะแนนความรู้และ LATCH score ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความรู้และ LATCH score ก่อนและหลังการสอน โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0502564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คนอายุต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 37 ปี อายุเฉลี่ย 26.33 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (92.50%) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่ 2 (42.50%) เท่ากัน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (47.5%) ประกอบอาชีพ แม่บ้าน (57.50%) ระดับรายได้ครอบครัวต่ำสุด 3,000 บาท/เดือน สูงสุด 30,000 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย 12,737 บาท/เดือน สำหรับความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มารดาหลังคลอดมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 39 คน (97.50%)

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่างระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ก่อนการสอนมีระดับคะแนนเฉลี่ย 7.23 เพิ่มขึ้นเป็น 11.33 คะแนนหลังการสอน เมื่อ

เปรียบเทียบร้อยละของผู้ตอบถูกพบว่า ก่อนการสอนมีผู้ตอบถูกทุกข้อร้อยละ 60.28 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.37 หลังการสอน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถูกต้องก่อนและหลังการสอน (n=40)

รายการประเมิน	จำนวนผู้ที่ตอบถูก (%)	
	ก่อนการสอน	หลังการสอน
1. นมน้ำเหลืองเป็นน้ำนมที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อลูก ต้องบีบทิ้งก่อนให้ลูกดูดนมแม่	62.50	97.50
2. การให้ลูกดูดนมแม่ที่เหมาะสมคือเมื่อแม่หายปวดแผลผ่าตัด	87.50	100.00
3. การดูดนมในระยะหลังคลอดทันทีเป็นการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	27.50	92.50
4. การให้นมลูกทำนอนไม่สามารถให้ลูกดูดได้เต็มที่	45.00	85.00
5. การดูดนมในระยะหลังคลอดทันทีเป็นการกระตุ้นการสร้างน้ำนม	87.70	97.50
6. หลังผ่าตัดคลอดจำเป็นต้องให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ช่วยพยุงทารกในการดูดนม	12.50	87.50
7. การให้ริมฝีปากลูกอมมิตลานนมจะลดปัญหาหัวนมแตก	67.50	100.00
8. การให้ลูกดูดนมแม่ต้องให้ดูดทุก 2-3 ชั่วโมง หรือดูดบ่อยตามที่ลูกต้องการ	90.00	100.00
9. การให้ลูกดูดนมเกลี้ยงเต้า มีผลต่อการผลิตน้ำนม	67.50	100.00
10. การจัดทำลูกเพื่อดูดนมแม่ ถ้าตัวและศีรษะของลูกต้องหันเข้าหาแม่	87.50	100.00
11. หลังคลอด 2 วันถ้า น้ำนมไม่มา จะทำให้มารดามีโอกาสไม่มีน้ำนมให้ลูก	37.50	80.00
12. ขณะให้ลูกดูดนมแม่ต้องให้ลูกดูดน้ำเสมอเพื่อทำความสะอาดปากและลิ้นของลูก	50.00	92.50
เฉลี่ยรวม	60.28	94.37

3. ระดับคะแนน LATCH score ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนน LATCH score ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการช่วยจัดทำให้มบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่า ก่อนการช่วยเหลือนระดับ

คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 8 คะแนน เฉลี่ย 6.08 คะแนน (SD.=1.16) และระดับคะแนนหลังการช่วยเหลือนพบว่า ระดับคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน เฉลี่ย 8.68 คะแนน (SD.=0.97) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับคะแนน LATCH score ก่อนและหลังการช่วยจัดทำให้มบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด (n=40)

ระดับคะแนน LATCH score	Mean(SD.)	Min.	Max.
ก่อนช่วยเหลือน	6.08(1.16)	3.00	8.00
หลังช่วยเหลือน	8.68(0.97)	5.00	10.00

4. ผลของการสอนและช่วยจัดทำให้มบุตรในมารดาหลังผ่าตัดคลอดต่อระดับความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกคลอด พบว่า หลังการได้รับการสอนและการช่วยเหลือนในการจัดทำให้มบุตรมารดาหลังคลอดมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า

ก่อนการทดลอง (p<.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 4.10 คะแนน (95%CI: 3.59, 4.61) และมีคะแนนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลอง (p<.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.70 คะแนน (95%CI: 0.64, 0.91) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังการสอนและช่วยจัดทำให้มบุตรในมารดาหลังผ่าตัดคลอด (n=40)

การประเมิน	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
ก่อนการสอน	7.23(1.79)	4.10(0.25)	3.59, 4.61	<.001*
หลังการสอน	11.33(0.80)			
ทักษะคะแนน LATCH score				
ก่อนช่วยเหลือน	1.10(0.30)	0.70(0.67)	0.64, 0.91	<.001*
หลังช่วยเหลือน	1.80(0.33)			

วิจารณ์

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการสอนและการช่วยเหลือนจัดทำให้มบุตรในระยะแรกคลอด มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าก่อนการทดลอง (p<.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 4.10 คะแนน (95%CI: 3.59, 4.61) และมีคะแนนทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการทดลอง

(p<.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.70 คะแนน (95%CI: 0.64, 0.91) แสดงให้เห็นว่าการสอนและการช่วยจัดทำให้มบุตรสามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถปฏิบัติทักษะได้ดีตามมาประกอบกับได้รับการช่วยเหลือนในการจัดทำให้มบุตรอย่างใกล้ชิด ช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความมั่นใจ

ในการนำบุตรดูนมมากขึ้น สอดคล้องกับการรายงาน การศึกษาหลายรายงานที่พบว่า การให้ความรู้และการ ช่วยเหลือมารดาในการนำบุตรดูนมในระยะแรกคลอด สามารถส่งเสริมความรู้และทักษะของมารดาในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ได้^{4,6,7} รวมทั้งมีส่วนช่วยเสริมความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การรับรู้ต่อการมาของ น้่านมดีขึ้น การรับรู้ต่อการได้รับสารอาหารเพียงพอของ ทารกดีขึ้น⁵ ทำให้มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็น การส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁸ และในการศึกษานี้กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่อยู่แล้ว จึงส่งผลต่อผลการวิจัยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับ คะแนนความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการ สอนและการช่วยเหลือดีขึ้นในทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการสอนและการช่วย จัดทำให้นมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะแรกสามารถ ช่วยเพิ่มระดับความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาได้ ควรนำการสอนและการช่วยจัดทำไปใช้ อย่างต่อเนื่องให้เป็นมาตรฐานการดูแลมารดาในระยะหลัง คลอดของหน่วยงาน และควรมีการศึกษาวิจัยแบบ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเพื่อให้ผลวิจัยมีความชัดเจน มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาผลของการสอนและช่วยจัดทำให้นมในมารดา หลังผ่าตัดคลอดต่อระดับความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในระยะแรกคลอด การศึกษาสำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาแนะนำคำปรึกษาและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จากดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักวิจัยและสถิติ ขอขอบคุณแพทย์หญิงชินสภรณ์ เข้าวัดระกูลและแพทย์หญิง

ศศิธร วงศ์อาจ สุนติแพทย์โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ อาจารย์ สุรีพร ศรีโพธิ์อ่อน กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและ ผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด กรุณาเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณพยาบาลห้องคลอดที่ช่วย เหลือในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย และหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็น อย่างดียิ่ง ขอขอบคุณนายแพทย์ชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด นางสาวสุภาวดี สมทรัพย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้ มีโครงการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย และขอบคุณ นายโชคนิติพัฒน์ วิสุญ รวมทั้งคณะกรรมการผู้จัดอบรมที่ อำนวยความสะดวกตลอดการอบรม

เอกสารอ้างอิง

1. นพรัตน์ ธารณะ. การส่งเสริมและสนับสนุนการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. พยาบาลสาร. 2564;48(4):324-35.
2. Ricci SS, Kyle T, Carman S. Maternity and pediatric nursing. 2 nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
3. ภิกขารีย์ กรุณายาวงค์, วรณฤดี อิศรานันต์ชัย, ภิเศก ลุมพิกานนท์, พิษณุ ชันติพงษ์, ชัยยศ คุณานุสนธิ์. แนวโน้มการผ่าคลอดในไทย เพิ่มสูง: ถึงเวลาต้องพูดคุย อย่างจริงจังแล้วหรือไม่. Policy brief. 2565;10 (139):1-4.
4. ลาวัลย์ ไบณณา, มยุรี นิรัตธราดร, สุตภาพร กมลวารินทร์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมใน มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. พยาบาลสาร. 2558;42(4):65-75.
5. ณชพัฒน์ จินหลักร้อย, วรณา พาหุวัฒน์กร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ร่วมกับผู้ดูแลต่อการรับรู้ความไม่เพียงพอของ น้่านม และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ 1

- เดือนในมารดาผ่าตัดคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(3):50-63.
6. สมทรง บุตรตะ, ชุติมา อันเนตร์, กชพร สิงห์หล้า. ผลของการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(2):210-20.
 7. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, นิธิมา คันธะชุมภู, ศิววรรณ วิเลิศ, อรพิน กาลสังข์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาต่อประสิทธิภาพการให้นมมารดาและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นเวลา 6 เดือน ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;27(2):1-27.
 8. อิงหทัย ดาจูติ, ศศิกานต์ กาละ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ย 6 เดือนของมารดาทำงานนอกรบ้าน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565; 9(1):107-20.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง
ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ
The Effectiveness of a Program for Improving Advance Life Support on Improving
Advance Life Support Knowledge and Skills of nursing working
in Suwannaphum Health Network

กมลภรณ์ ปัญยาง*
Kamalaporn Punyang

Corresponding author: E-mail; Pumpim_nur@hotmail.com

(Received: September 28, 2023; Revised: October 6, 2023; Accepted: October 30, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 63 คน เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% confidence interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.47 คะแนน (95%CI: 4.88, 6.06) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.59 คะแนน (95%CI: 4.96, 6.21)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในต่อไป

คำสำคัญ : การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง; ความรู้; ทักษะ; เครือข่ายสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ABSTRACT

Purposes : To compare knowledge and Improving Advance Life Support skills of nursing staff working in Suwannaphum Health Network.

Study design : Quasi - experimental study.

Materials and Methods : A total of 63 samples were nursing staff working in Suvarnabhumi District Health Network which was obtained by a simple random sample. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. And paired t-test test statistics set statistical significance at 95% confidence interval.

Main findings : After intervention, it was found that sample had mean knowledge score about advanced resuscitation increased significantly more than before the experiment ($p < .001$), with mean score increasing by 5.47 (95%CI : 4.88, 6.06) and mean score of advanced resuscitation skills increased significantly more than before experiment. ($p < .001$) with mean score increasing by 5.59 (95%CI: 4.96, 6.21)

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that developed program was effective. Therefore, relevant agencies should continue to use it.

Keywords: Improving Advance Life Support; Knowledge; Skills; Health Network

บทนำ

ปัจจุบันภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคหรือพยาธิสภาพของร่างกาย เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สำคัญสาเหตุหนึ่ง ซึ่งภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (Sudden cardiac arrest) หมายถึง ภาวะหัวใจหยุดทำงานทันที ส่งผลให้การสูดเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ หยุดชะงักตามไปด้วยส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติ ไม่มีชีพจร และเสียชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันท่วงที สาเหตุส่วนใหญ่ พบว่า เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome หรือ Heart attack) และสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว จากสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ เกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดที่ปอด หรือโรคทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงได้รับยาที่มีผลต่อการเต้นของหัวใจหรือได้รับสารพิษเกินขนาด สาเหตุจากสภาพแวดล้อม เช่น ไฟฟ้าช็อตหรือฟ้าผ่า อุบัติเหตุต่าง ๆ หรือการจมน้ำสำลักควันเกินขนาด เป็นต้น² นอกเหนือจากสาเหตุโดยตรงดังกล่าวข้างต้นแล้ว จากการศึกษาวิจัยทางการแพทย์และโภชนาการ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ประกอบด้วย การรับประทานอาหารไม่มีประโยชน์และมีสัดส่วนไม่เหมาะสมซึ่งส่งผลให้เกิดโรคอ้วนตามมา การเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง ไต ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่างๆ เช่น ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ ความตึงเครียดด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้น และพบแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเพิ่มขึ้นในสังคมปัจจุบัน³

ขณะเดียวกันเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพจากภัยพิบัติ อุบัติเหตุ หรือการป่วยรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต สิ่งสำคัญเร่งด่วน คือ ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้นสามารถทำการกู้ชีพและปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว

มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย หรือผู้บาดเจ็บที่หมดสติ หายใจหยุดเต้น จากสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ เช่น ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จมน้ำ การทำงานในที่อับอากาศ ไฟฟ้าช็อต อุบัติเหตุทางท้องถนน หรือผู้ป่วยจากอาการของโรคที่มีอาการรุนแรง ซึ่งในช่วงเวลาสั้นๆ เมื่อเกิดการหยุดหายใจเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือสมองตายหากสมองขาดออกซิเจนนานเกิน 4 - 6 นาที การช่วยชีวิต ณ จุดเกิดเหตุอย่างถูกต้องและรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต หรือยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังทีมแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย⁴

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Daya et al.⁵ ซึ่งพบว่า หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพตามขั้นตอนห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of survival) 5 ขั้นตอนจะเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ร้อยละ 50.00 โดยจุดเริ่มต้นของการช่วยชีวิตในขั้นตอนที่ 1 จนถึงขั้นตอนที่ 3 นั้นผู้ที่มีบทบาทช่วยเหลือ คือ บุคคลที่พบเห็นเหตุการณ์ จะต้องทำหน้าที่ประเมินสถานการณ์และแจ้งระบบตอบรับฉุกเฉิน ทำการนวดหัวใจที่มีคุณภาพอย่างทันท่วงที และใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้ากรณีที่มีกริดติดตั้งในบริเวณใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุให้เร็วที่สุด และดำเนินต่อไปจนกระทั่งมีผู้ให้บริการทางการแพทย์เข้ามาช่วยเหลือหรือจนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ทั้งนี้ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac arrest ;OHCA) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันที ความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ ที่เรียกว่า “ห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of survival)” ได้แก่ การรับรู้และเข้าถึงโดยเร็ว (Early access) การช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพทันที (Immediate Cardiopulmonary resuscitation (CPR) การช็อกไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็ว (Early defibrillation) การช่วยชีวิตขั้นสูงอย่างรวดเร็ว (Early advance care) และการดูแลภาวะหลังหัวใจหยุดเต้นแบบสหสาขาวิชาชีพ (Advance life support and Post-arrest care)⁶ ซึ่งการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ช่วยเหลือจะต้องเป็น

ผู้ที่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น พร้อมทั้งดำเนินการให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่และถูกต้อง ภาวะหัวใจหยุดเต้นสามารถเกิดขึ้นที่ใดก็ได้ ซึ่งบุคคลแรกที่พบผู้ป่วยอาจเป็นใครก็ได้ จากการศึกษาของ Anderson et al.⁷ พบว่า ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลประมาณ 359,800 ราย และมีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาล (In-hospital cardiac arrest: IHCA) 209,000 ราย ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจนมีการกลับมาทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (Return of Spontaneous Circulation: ROSC) ร้อยละ 45.00 และรอดชีวิตร้อยละ 25.00⁸

ปัจจุบันประเทศไทยเริ่มตื่นตัว ทรนรงค์ให้ความรู้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นแต่ยังไม่พบผลการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์และแพร่หลายในกลุ่มประชาชนทั่วไปมากนัก ความรู้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นยังคงจำกัดอยู่ในแวดวงวิชาชีพทางการแพทย์เป็นหลัก จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของต่างประเทศเกี่ยวกับการให้ความรู้ประชาชนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานบุคคลที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นพบว่า มีความหลากหลายของรูปแบบการสอน ได้แก่ อบรมโดยวิทยากรบรรยาย และฝึกปฏิบัติตามวิธีดั้งเดิม การใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับศึกษาด้วยตนเองร่วมกับหุ่นจำลองฝึกทักษะกอดหน้าอก⁹ เรียนด้วยตนเองผ่านเว็บไซต์ (Web-based self-learning) และการใช้สถานการณ์จำลองสภาพแวดล้อมจริงฝึกปฏิบัติ (Virtual reality: VR)¹⁰ โดยมีกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทุกช่วงวัย ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาตอนปลายอายุระหว่าง 10-12 ปี ร่วมกับกลุ่มครูในสถานศึกษากลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และกลุ่มวัยผู้ใหญ่

จากรายงานสถิติของ American Heart Association 2015¹ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มี จำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ 420,000 ราย สาเหตุกว่าร้อยละ 80 เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และพบอุบัติการณ์การเกิด

ในผู้สูงวัยมากที่สุด เพศชายร้อยละ 84.70 และเพศหญิงร้อยละ 85.90 สำหรับอุบัติการณ์ประเทศไทยนั้นยังไม่พบข้อมูลสถิติการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาลที่ชัดเจน แต่ประมาณการได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากสถิติการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹¹ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ในปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 40,35,39 และ 54 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่มีหัวใจกลับมาเต้นอีกครั้ง และการนำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ 15,14,18 และ 23 ราย คิดเป็นอัตราการมี ROSC ร้อยละ 62.50, 66.66, 81.81 และ 62.16 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจและไม่กล้าเข้าช่วยเหลือทีม CPR การกอดหน้าอกพบปัญหา ในการวางตำแหน่งมือไม่ถูกต้อง อัตราและความเร็ว ความแรง ในการกดยังไม่ถูกต้อง ทักษะการช่วยเหลือไม่เป็นแนวทางเดียวกันในแต่ละหน่วยงาน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรอื่นๆในหน่วยงาน อีกทั้งสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ปลอดภัย เป็นการช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บเจ็บลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research Design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pre-Post-test Design) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2566

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ปี พ.ศ.2565 จำนวน 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ปี พ.ศ.2565 จำนวน 210 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ (1) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ (2) ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี และ (3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ เกณฑ์คัดออก (Inclusion Criteria) คือ (1) ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการน้อยร้อยละ 80 และ (2) ได้รับคำสั่งให้ย้ายไปปฏิบัติราชการต่างอำเภอระหว่างดำเนินโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุและในระหว่างการนำส่งของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์¹² ได้เท่ากับ 0.42 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างที่มีขนาดใหญ่เมื่อนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ค่าพารามิเตอร์ t-tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs) Analysis: A priori: Compute required sample size Input: Tail(s)=One Effect size $d_z=0.42$ α err prob=0.05 Power(1- β err prob)=0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของบุษบา ประสาร อธิคม¹³ ที่ได้พัฒนารูปแบบการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอุดรธานี และอุปกรณ์อื่นๆ หุ่นฝึกช่วยฟื้นคืนชีพ 2 หุ่นโปสเตอร์แนวทางการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ และข้อควรระวังในการกดหน้าอก และเครื่องช่วยหายใจชนิดมือเปิบ (Ambu bag)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ (ปี) ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การทำงาน (ปี) และสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ตัวเลือก 4 ข้อ จำนวน 15 ข้อให้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็นระดับโดยแต่ละคำถามมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติได้ให้ 1 คะแนน และปฏิบัติได้บางครั้งหรือปฏิบัติไม่ได้ให้ 0 คะแนน โดยการประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นการสังเกตการณ์ เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะของกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นการอบรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นทดลองลักษณะการประเมินประกอบด้วย ไม่ได้ทำ ทำไม่ถูกหรือผิดขั้นตอน การประเมินการกดหน้าอกที่มีประสิทธิภาพมี 5 ข้อดังนี้ (1) อัตราการกดหน้าอก ควรกดอย่างน้อย 100-120 ครั้งต่อนาที การนับควรให้สม่ำเสมอ เช่น หนึ่ง และสอง และสาม ไปเรื่อยๆ (2) ความลึกของการกด (Depth) พบว่า ความลึกในการกดหน้าอกช่วง 2-2.4 นิ้ว หรือ 5-6 เซนติเมตร ให้ผลการช่วยเหลือที่ดีโดยตำแหน่งที่วางมือ มือสองข้างให้ประสานกันในตำแหน่งที่เกิดกึ่งกลางทรวงอกหรือครึ่งล่างของกระดูกอก

(3) ปลดปล่อยหน้าอกกลับคืนสู่ตำแหน่งเดิม (Recoil) การปลดปล่อยให้กระดูกหน้าอกกลับคืนสู่ตำแหน่งเดิมจะทำให้เกิดแรงดันลบ (Negative pressure) ขึ้นในช่องอก ช่วยทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดดำเข้าสู่หัวใจและปอดเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจและเส้นเลือดโคโรนารี ส่งผลดีต่อการช่วยฟื้นคืนชีพได้ (4) หยุดกดหน้าอกให้น้อยที่สุด (ห้ามหยุดกดนานเกิน 10 วินาที) (5) กดหน้าอกก่อน 30 ครั้ง แล้วตามด้วยช่วยหายใจ 2 ครั้ง ประเมินกรณีที่เกิดเหตุผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นในหน่วยงานที่มีเครื่องมือการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยใช้ Ambu bag บีบลมเข้าปอดโดยมีหลักการคือให้ก๊าซเข้าปอดพอเห็นทรวงอกขยาย ถ้าเกิดเหตุข้างนอกให้เริ่มกดหน้าอกเพียงอย่างเดียวจนกว่ารถกู้ชีพจะมาถึงการประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ จะประเมินกลุ่มตัวอย่างทุกคน คนละ 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 เดือน เกณฑ์การให้คะแนนจะได้ 1 คะแนน เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องเท่านั้น การฝึกอบรมประกอบด้วยความรู้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกู้ชีพ ใช้โปรแกรมแนวทางการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ 7 ขั้นตอน เป็นเอกสารในการสอนและติดไว้ในหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นทักษะการปฏิบัติ 7 ขั้นตอน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (KR20) เท่ากับ 0.80 และแบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นเตรียมการ และขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิเพื่อขออนุญาตประสงค์รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จำนวน 10 คน (Pilot study โดยผู้วิจัยบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบ และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมและเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมมากขึ้นก่อนทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

3. การเตรียมตัวผู้วิจัย ก่อนที่ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมและฝึกทักษะการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูงจากศูนย์ฝึกอบรมหลักสูตรการช่วยผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Trauma Life Support: PHTLS) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ครั้ง ดังนี้

การอบรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 2 วัน เป็นการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ¹³ โดยแบ่งเป็น **วันแรก** การอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมงเรื่องแนวคิดการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การจัดการทางเดินหายใจและการช่วยหายใจ การกดหน้าอก การเตรียมและใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การบริหารยา และฝึกปฏิบัติภาค บ่าย 3 ชั่วโมงซึ่งฝึกทักษะตามฐานที่กำหนดเกี่ยวกับ 1) การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในสถานการณ์จำลองรายบุคคล 2) การกดหน้าอกและการช่วยหายใจ และ 3) การเตรียมและใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าจนครบทั้ง 6 ฐาน **วันที่สอง** เป็นการฝึกทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

โดยใช้สถานการณ์จำลองตามสถานการณ์ต่างๆ เป็นเวลา 7 ชั่วโมง ทั้งนี้ได้ให้ Pre-Arrest Signs ใส่แผ่นฟิวเจอร์บอร์ด ขนาด 12 x 18 นิ้ว และ Guideline ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ 2010 นำไปติดประจำแต่ละจุดเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถประเมินก่อนที่ผู้ป่วยจะมีภาวะหัวใจหยุดเต้น และให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาเมื่อการประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ก่อนอบรม และหลังการอบรมครั้งที่ 1 และมีการประเมินทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงหลังการอบรมครั้งที่ 1

การอบรมครั้งที่ 2 (1 เดือนต่อมา) ใช้เวลา 2 วัน **วันแรก** ภาคเช้าประเมินความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้อุดเดิม อบรมภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมง เรื่อง แนวคิดการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การดูแลผู้ป่วยภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำเร็จ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การกวดหน้าอก การจัดการทางเดินหายใจและการช่วยหายใจ การบริหารยา และภาคบ่ายฝึกปฏิบัติ (1) การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในสถานการณ์จำลองรายบุคคล (2) การกวดหน้าอกและการช่วยหายใจ และ (3) การเตรียมและใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า จนครบทั้ง 3 ฐาน และ **วันที่สอง** ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในสถานการณ์จำลอง จำนวน 7 ชั่วโมง

การอบรมครั้งที่ 3 (1 เดือนต่อมา) ใช้เวลา 2 วัน การอบรมครั้งที่ 3 (1 เดือนต่อมา) ใช้เวลา 2 วัน วันแรกการอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง เรื่องแนวคิดการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การจัดการทางเดินหายใจและการช่วยหายใจ การเตรียมและใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าและการบริหารยาและฝึกปฏิบัติภาคบ่าย 3 ชั่วโมง (1) ฝึกทักษะ

การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในสถานการณ์จำลองรายบุคคล (2) การกวดหน้าอกและการช่วยหายใจ และ (3) การเตรียมและใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า จนครบทั้ง 3 ฐาน วันที่สองปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในสถานการณ์จำลอง จำนวน 7 ชั่วโมง คัดเลือกครู ก.กลุ่มละ 2 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สอนและประเมินการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โดยพิจารณาจากคะแนนทักษะการปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองที่ได้คะแนนสูงสุด 2 อันดับแรก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE 1002565 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับโดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆ และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 63 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.30%) อายุเฉลี่ย 31.67 ปี (SD.=7.09) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (79.40%) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (41.30%) ประสบการณ์การทำงาน 12.58 ปี (SD.=7.00) และปฏิบัติงานที่กลุ่มงานผู้ป่วยใน (36.50%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=63)

	ตัวแปรลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	25(39.70)
	หญิง	38(60.32)
อายุ (ปี)	Mean(SD.)	31.68(7.09)
	Min(max)	23(48)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	7(11.11)
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	50(79.37)
	สูงกว่าปริญญาตรี	6(9.52)
ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	7(11.11)
	นักวิชาการสาธารณสุข	18(28.57)
	พยาบาลวิชาชีพ	26(41.28)
	เภสัชกร	6(9.52)
	แพทย์/ทันตแพทย์	6(9.52)
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	Mean(SD.)	12.58(7.00)
	Min(max)	2.0(28.00)
สถานที่ปฏิบัติงาน	รพ.สต/ สสอ.	13(20.63)
	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	11(17.46)
	กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	10(15.87)
	กลุ่มงานผู้ป่วยใน	23(36.51)
	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	6(9.53)

2. หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมี คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.47 คะแนน (95%CI: 4.88, 6.06)

และคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.59 คะแนน (95%CI: 4.96, 6.21) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน
ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง					
ก่อนการทดลอง	63	6.44(1.61)	5.47(0.29)	4.88, 6.06	<.001
หลังการทดลอง	63	11.92(1.37)			
ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง					
ก่อนการทดลอง	63	7.47(1.94)	5.59(0.31)	4.96, 6.21	<.001
หลังการทดลอง	63	13.06(1.53)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.47 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับ การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายหลังอบรมครั้งที่ 1 มากกว่าก่อนการอบรม และมากกว่าระยะหลังการอบรมครั้งที่ 2 (3 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³; ภายหลังการสอนพบว่า ระดับความรู้ของพยาบาลทั้งภายหลังการอบรมทันทีและภายหลังการอบรมสามเดือนเพิ่มขึ้น เมื่อผ่านการสอนไปแล้ว 3 เดือน ระดับความรู้จะลดลง¹⁴; การประเมินผลหลังการอบรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีพหลังฝึกอบรมสูงกว่าก่อนฝึกอบรม¹⁵

ส่วนผลการวิจัยด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.59 คะแนนสอดคล้องกับการศึกษาทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในสถานการณ์จำลอง พบว่า หลังการอบรมครั้งที่ 1 สูงกว่าหลังการอบรมครั้งที่ 2 (3 เดือน) และพบว่า อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำเร็จและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น จำนวน 16 ราย

สามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำเร็จ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.89 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยอาการ Fracture ribs, Hemothorax / Pneumothorax หรือ Rupture Heart¹³ เท่ากับ 0 เช่นเดียวกับภายหลังการสอน พบว่า ระดับทักษะของพยาบาลทั้งภายหลังการอบรมทันทีและภายหลังการอบรมสามเดือนเพิ่มขึ้น เมื่อผ่านการสอนไปแล้วสามเดือนระดับทักษะลดลง ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงทำให้ทักษะของพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่ระดับความคงอยู่ของทักษะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปสามเดือน ดังนั้นจึงควรมีการฝึกทักษะเป็นประจำในทุก 3 เดือน¹⁴ และการประเมินผลหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการกู้ชีพหลังฝึกอบรมสูงกว่าก่อนฝึกอบรมและคุณภาพการปฏิบัติการกู้ชีพหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา เช่น การเตรียมความพร้อมสม่ำเสมอ มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะให้ทีมงานกู้ชีพมีความคล่องตัว และแก้ไขจุดบกพร่องในการปฏิบัติ¹⁵

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวทางของ American Heart association Guideline 2015 ของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ร่วมกับการใช้แนวคิดความสามารถของตนเอง

หรือสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory)¹⁶ (พัฒนา
พยาบาลให้มีความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะ
แห่งตน โดยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง
Simulation-Based Learning: SBL) ซึ่งเป็นกระบวนการ
จัดการเรียนรู้ โดยผู้เรียนแสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่
กำหนดขึ้น ได้ฝึกบทบาทและมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ที่
มีความเสมือนจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดทักษะก่อน
ฝึกปฏิบัติจริงเป็นการพัฒนาความสามารถของตนเอง
หรือสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลจากการทำให้
มีประสบการณ์จากความสำเร็จ (Performance
Accomplishment)

ในการทำงานด้วยกันซึ่ง Hamilton¹⁷ ชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้
การช่วยฟื้นคืนชีวิตโดยใช้สถานการณ์จำลอง จะช่วย
พัฒนาความรู้ ทำให้คุ้นเคยกับอุปกรณ์และขั้นตอนต่างๆ
โดยขั้นสรุป (Debrief) ที่ให้ดูวิดีโอเพื่อสะท้อนคิดเกี่ยวกับ
การช่วยฟื้นคืนชีวิต ถือเป็นวิธีการสังเกตที่มีคุณค่า และ
ช่วยวิเคราะห์การทำงานเป็นทีมได้ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนา
ทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีวิตให้ดีขึ้นช่วยเพิ่มการ
รับรู้ความสามารถของตนเองและช่วยพัฒนาภาวะผู้นำ
โดยการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตที่จะทำให้มั่นใจว่าจะ
สามารถปฏิบัติได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงนั้น
ต้องสะท้อนถึงแนวทางการปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูล
เชิงประจักษ์ (Evidence-based guidelines) และเป็น
สถานการณ์ที่เกิดในโรงพยาบาล รวมทั้งการฝึกทักษะการ
ช่วยฟื้นคืนชีวิตด้วยสถานการณ์จำลอง จะต้องใช้
สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับหัวใจหยุดเต้นที่หลากหลาย
ซึ่งวิธีการสอนดังกล่าวทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ทั้ง
จากการลงมือปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลบางส่วน
มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับต่ำ
นอกจากนี้ พบว่า ประสิทธิภาพการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ
ขั้นสูง ประสิทธิภาพตรงในการช่วยฟื้นคืนชีพ และหอผู้ป่วย
ที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะการช่วย

ฟื้นคืนชีพ ดังนั้น ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟู
ความรู้ และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่พยาบาล
ทุกหน่วยงานทุกปี โดยเฉพาะในปัจจุบันมีการใช้แนวปฏิบัติ
ในการช่วยฟื้นคืนชีพและมีการทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 สำหรับด้านทักษะการปฏิบัติ ควรมีการเพิ่มความรู้อ
และพัฒนาทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการกระตุกหัวใจ
ในผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดที่สามารถทำการกระตุก
หัวใจได้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยภายหลังการช่วยฟื้น
คืนชีพสำเร็จ

2.2 จากการวิจัยพบว่าเทคโนโลยีที่ช่วยในการ
ผลิตสื่อในสังคมออนไลน์ปัจจุบันมีมากขึ้น สามารถเข้าถึงใช้
งานได้ง่าย และสามารถทบทวนได้ทุกที่ทุกเวลา ในการทำ
วิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มความสามารถของระบบการฝึกอบรม
ออนไลน์ให้สามารถบันทึกเสียงบันทึกภาพเข้าระบบเพื่อ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ทันที

2.3 ควรจัดทำโครงการรณรงค์ให้ความรู้และอบรม
เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหรือ
ขั้นสูงให้แก่หน่วยงานราชการ ครูนักเรียนโรงเรียนมัธยม
กลุ่มประชาชนทุกครอบครัวหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เพื่อเพิ่มผู้ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุให้มากขึ้น สามารถเรียก
ความช่วยเหลือจากหมายเลขโทรศัพท์แจ้งเหตุเจ็บป่วย
ฉุกเฉิน 1669 และทำการกวดหน้าออกที่จุดเกิดเหตุ ซึ่งจะ
ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดได้มากขึ้น

2.4 ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหมายเลข
โทรศัพท์แจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 ให้มากขึ้น โดย
แจ้งให้ประชาชนทราบว่าไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทรศัพท์และ
เปิดบริการ 24 ชั่วโมง เพื่อการเข้าถึงบริการการแพทย์
ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC [Internet]. 2015 [cited 2023 March 24]. Available from: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-HighlightsEnglish.pdf>
2. Rodriguez-Reyes H, Munoz-Gutierrez M, Salas-Pacheco J L. Current behavior of sudden cardiac arrest and sudden death. *Archivos de cardiologia de Mexico*. 2020;90(2):183-89.
3. พวงทอง ไกรพิบูล. โรคของหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2555.
4. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย. หนังสือการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: บริษัท นวัตกรรมดาการพิมพ์ จำกัด; 2563.
5. Daya RM, Schmicker HR, Zive MD, Rea DT, Nichol G, Buick EJ, et al. Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). *Resuscitation* 2015;91:108-15.
6. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สภาแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ. 2015. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทปัญญามิตรการพิมพ์ จำกัด; 2558.
7. Anderson L W, Holmberg M, Berg K, Donnino M, Grand felt A. (2019). In-hospital cardiac arrest: A review. *JAMA*. 2019;321(12):1200-10.
8. Bircher N G , Chan P S, Xu Y. Delays in cardiopulmonary resuscitation, defibrillation, and epinephrine administration all decrease survival in In-hospital cardiac arrest. *Anesthesiology*. 2019;130(3):414-22.
9. รัตติกาล เรื่องฤทธิ์, ปรียา แก้วพิมล, กิตติพงษ์ เสง์ลอยเลื่อน. ความรู้ทักษะและความมั่นใจในสมรรถนะของตนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (เออีดี: AED) ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2564;13(2):125-41.
10. Issleib M, Kromer A, Pinnschmidt H O, Suss-Havemann C, Kubitz J C. Virtual reality as a teaching method for resuscitation training in undergraduate first year medical students: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2021;29(27):1-9.
11. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี:AED) สำหรับประชาชน พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สมาคม; 2561.
12. อิชาม อาแว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้บาดเจ็บ จุดเกิดเหตุและในระหว่างการนำส่งของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
13. บุชบา ประสารอดิคม. การพัฒนารูปแบบการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 2560;29(1):128-40.
14. พรณี ศรีพารา. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะของพยาบาลโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 2564;10(1):26-35.
15. พรพิไล นิยมถื่น. การพัฒนารูปแบบการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับทีมกู้ชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 2562;22(3):22-30.

16. Bandura A, Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman And Company; 1997.
17. Hamilton R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51:288-97.

ผลของโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวง
The Effects of Surveillance and Psychiatric Care by Community on Health Belief
Perception as Village Health Volunteers in Thung Khao Luang

ไพฑูลย์ จันทศักดิ์*

Phaithool Chunthakhut

Corresponding author: E-mail: phaithool8@gmail.com

(Received: September 29, 2023; Revised: October 7, 2023; Accepted: October 31, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 63 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบ Cluster random sampling ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.25-0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.38 คะแนน (95%CI: 2.26, 2.50) ; คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.22 คะแนน (95%CI: 2.05, 2.37) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.04 คะแนน (95%CI: 1.91, 2.16)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง; ผู้ป่วยจิตเวช; การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

Purposes : To compare perception of health belief model of village health volunteer in Thung Khao Luang District.

Study design : Quasi-experimental Study

Materials and Methods : A total of 63 samples were village health volunteers (VHVs), which were obtained from cluster random sampling, conducted from March to June 2023. Data were collected using a questionnaire with a reliability of 0.83 and a discriminant power between 0.25-0.76 Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test. Statistical significance was set at 95% confidence interval.

Main finding : After the experiment, it was found that the samples had a significantly higher mean score of perception of health belief model than before the experiment ($p < .001$), with an mean score of 2.38 higher (95%CI: 2.26, 2.50). ; The mean participation incentive score was significantly higher than before the experiment ($p < .001$), with the mean score being 2.22 higher (95%CI: 2.05, 2.37), and the mean participation behavior score being higher than before the experiment was statistically significant ($p < .001$) with a mean score of more than 2.04 points (95%CI: 1.91, 2.16).

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in samples being surveillance of health belief patterns. Therefore, related agencies should continue to use this program to monitor and care for schizophrenia.

Keywords : Surveillance; Psychiatric; Health Belief Perception; Village Health Volunteers

บทนำ

ปัญหาอาชญากรรมนับว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุดในแต่ละประเทศทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการรวมถึงนโยบายต่าง ๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่าในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็น 26.0% เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน ในทำนองเดียวกับปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชประมาณ 400,000 คน โรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก โดยมีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าว มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน รวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน² ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตระหว่าง พ.ศ.2557 ถึง พ.ศ. 2560 พบจำนวน 9,866 ราย โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชและโรคหลงผิด (F20-F29) มากที่สุด คือมีจำนวน 5,302 ราย (ร้อยละ 53.75) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 2,234 ราย (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) จำนวน 1,441 ราย (14.60%)¹ เมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์

คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ซึ่งจากสถานการณ์ที่สื่อต่างๆ นำเสนอเหตุการณ์รุนแรง เป็นที่สะเทือนขวัญ สร้างความหวาดกลัวให้กับครอบครัวและชุมชน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่จะมีประวัติการรักษาทางจิตเวชขาดการรักษาต่อเนื่อง มีการใช้สุรา สารเสพติด และไม่รู้ความเจ็บป่วยจึงเป็นเหตุให้อาการกำเริบตั้งนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่องและเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยและญาติที่ดูแล ด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เช่นเดียวกับสถานการณ์กับข้อมูลจากการสำรวจทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในอำเภอทุ่งเขาหลวงจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปีพ.ศ.2561-2564 พบว่า 807 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวช 155 คน ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและสารเสพติด 37 คน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 577 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย และจิตเวชขาดยา 37 คน พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังมีการกำเริบซ้ำจากการขาดยาและการใช้สารเสพติด ญาติเองก็รู้สึกท้อแท้ เพิ่มภาระจ่ายมากขึ้น ต้องพาผู้ป่วยไปรักษาและตรวจประเมินอาการจากโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เสียเวลาด้วย และยังพบว่า มีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการตรวจจากจิตแพทย์ ซึ่งจะเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ซึ่งไม่มีวิธีการหรือมาตรฐานใดชัดเจนในการดูแล เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องถูกต้องตามหลักการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีแนวทางการดูแลและการป้องกันและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชอื่นๆ³ ซึ่งยุทธศาสตร์ระบบบริการด้านสุขภาพจิตคือ ให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ซึ่งหากผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ขาดการดูแลรักษาที่ดี อาจกลายเป็นภาวะวิกฤตสุขภาพจิต (Serious mental illness of violence-SMI-V) ซึ่งอาจทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่นหรืออาจก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนได้ ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMI-V นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.10 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ

18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26-49 ปี ซึ่งพบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวช ถึง 3 เท่าและในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMI-V นั้นพบว่ามีย้อยละ 5.00 -15.00 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษาพบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20.00 ของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งปัจจุบันมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไปโดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชมักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง และกลับมามีอาการกำเริบซ้ำบ่อยซึ่งมีผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการมากขึ้น อาการเรื้อรังไม่หายขาดและยังพบปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น โรคจิต (Psychosis) จัดเป็นปัญหาจิตเวชที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ รวมถึงเป็นที่นิยมนำมาใช้เป็นกรณีศึกษาที่สำคัญ คือ อารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การรับรู้ความเป็นจริงเสียไป (Out of Reality) ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอนและมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง ในกลุ่มของโรคจิต โรคจิตเวชเรื้อรัง (Schizophrenia) จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุดและก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งจากการศึกษาเรื่องภาระโรคได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วย (Disability)⁴ โรคจิตเวชเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังสูญเสียความสามารถเทียบเท่าผู้ป่วย

ที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่ต้นคอลงมา (Quadriplegia) ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีหลักการสำคัญ คือ การให้การรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ เมื่อไม่กำเริบซ้ำ ผู้ป่วยก็มีโอกาสใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเหมือนคนอื่น ๆ¹ จำหน่ายในกรณีผู้ป่วย SMI-V มีปัญหายุ่งยาก และซับซ้อน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน¹ มีขั้นเตรียมความพร้อม เช่น (1) การเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยการประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลา ควรให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วย ทราบแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาถูกต้องต่อเนื่อง สม่ำเสมอสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การตรวจรักษาตามนัดรวมทั้งการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ การประเมินด้านทัศนคติและความคาดหวัง เพื่อทราบความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วย การประเมินด้านการปฏิบัติตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดูแลตัวเอง ทักษะการจัดการปัญหาและความเครียด การควบคุมอารมณ์ ทักษะทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การปฏิเสธ เป็นต้น รวมถึงทักษะทางอาชีพ (2) การเตรียมข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้านร่างกายและทางจิต ความคาดหวัง ความต้องการทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน ความสามารถในการดูแลตนเอง แผนการดูแลตนเอง ภาพถ่ายการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ประวัติครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว สภาพครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวเศรษฐกิจ ความต้องการ ความคาดหวังของญาติที่มีต่อการเจ็บป่วย และการบำบัดรักษาโครงสร้างของชุมชน สภาพชุมชน ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม แหล่งสนับสนุนทางสังคม (3) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร เตรียมทีมสหวิชาชีพ การประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อศึกษาข้อมูล

ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน วางแผนการดำเนินการช่วยเหลือ กำหนดบทบาท หน้าที่และมอบหมายการปฏิบัติงาน เช่น เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึก ผู้ประสานงาน การประสานงานเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผน และกำหนดวันนัดหมายที่จะลงปฏิบัติงานในพื้นที่ เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ ไปส่งตัวผู้ป่วย แบบประเมินต่างๆ เวชภัณฑ์ยา โทรศัพท์ กล้องถ่ายรูปเครื่องบันทึกเสียง ภาพผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรม (4) การเตรียมความพร้อมชุมชน การเตรียมชุมชน เป็นการเตรียมความพร้อมครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน แกนนำชุมชน เครือข่ายในพื้นที่ เพื่อรองรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และในชุมชน⁴ ขึ้นเตรียมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน แจกวัสดุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัว และชุมชนประเมินทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชน โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วย และผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย ขึ้นดำเนินการค้นหา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการกำเริบซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ- ประเมินความพร้อมและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องในชุมชนการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังจากการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนขั้นสรุปและประเมินผลสรุปและประเมินผลการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน¹

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยครอบครัวต่อความเครียดของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาโปรแกรมเผื่อระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวงเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอทุ่งเขาหลวง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม-มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 573 คน จาก 51 หมู่บ้าน ในอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2566 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ (1) เป็น อสม. ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี (2) ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน (3) เป็นผู้ที่อ่านและเขียนได้ไม่มีความพิการทางหู และ (4) ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ และและคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และเข้าร่วมทำกิจกรรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้เท่ากับ 0.42 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างที่มีขนาดใหญ่⁵ เมื่อนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ค่าพารามิเตอร์ t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs) Analysis: A priori: Compute required sample size Input: Tail(s)=One Effect size dz=0.42 α err prob=0.05 Power (1- β err prob)=0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 63 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งการสุ่มออกเป็น 2 ขั้นตอน (Two Steps

Randomization) ชั้นที่ 1 สุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Randomized Sampling) โดยจับฉลากจาก 51 หมู่บ้าน ในอำเภอทุ่งเขาหลวงให้ได้ 3 หมู่บ้าน แล้วจับสลากเพื่อระบุ กลุ่มตัวอย่าง หมู่บ้านกลุ่มทดลอง และหมู่บ้านกลุ่มควบคุม ชั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่าย (Simple Randomized Sampling) โดยวิธีจับสลากรายชื่อ อสม.ใน 3 หมู่บ้านเข้ากลุ่มทดลอง จบครบ 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรม เฝ้ารวังและดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนที่พัฒนาตาม กรอบแนวคิด Health Belief Model ซึ่งมีเนื้อหาของ กิจกรรมครอบคลุมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของโรคจิตเวช ได้แก่ ความเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคอุปสรรค ประโยชน์การเข้าถึงการรักษา และแหล่ง ช่วยเหลือฟื้นฟู⁶ สิ่งกระตุ้นจิตใจให้ปฏิบัติความสามารถของ ตนเอง ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เป็นฐาน CBR โดยอาศัยวงจรการจัดการ CBR มาจัดทำ กรอบเนื้อหาของโปรแกรมฯ เพื่อใช้พัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เกิดพฤติกรรมฟื้นฟูฯ ต่อเนื่อง กิจกรรมใน โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรมโดยกิจกรรม ที่ 1-4 ระยะเวลา 90 นาที/กิจกรรม และกิจกรรมที่ 8.9 ระยะเวลา 180 นาที/กิจกรรมกิจกรรมที่ 5 -7 ระยะเวลา 360 นาที กิจกรรมดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม 4 สัปดาห์ๆ ละครั้ง⁷

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุสถานภาพ ระดับการศึกษา และ อาชีพ ประสพการณ์การเป็น อสม. (2) แบบวัดความเชื่อ ด้านสุขภาพของโรคจิตเวช 40 ข้อ⁷ ครอบคลุม 5 ประเด็น การรับรู้คือความรู้โรคจิตเวช 6 ข้อ โอกาสเสี่ยงและความ รุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเวช 10 ข้อ ประโยชน์การรักษา ป้องกัน การป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเวช 7 ข้อ อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช 7 ข้อ และการรับรู้ความ สามารถแห่งตนเพื่อสนับสนุน 10 ข้อ ลักษณะของแบบวัด

เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละ ระดับตามที่ได้แสดงจากมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 ในข้อคำถามเชิงลบ และคะแนน 5-1 ในข้อคำถามเชิงบวก รวมทั้งตั้งแต่ 40-200 คะแนน (3) แบบวัดพฤติกรรมฯ จำนวน 20 ข้อ มีทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ร่วมตัดสินใจจำนวน 5 ข้อ ร่วมดำเนินการ จำนวน 5 ข้อ ร่วมรับประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ แลร่วมติดตาม ประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนในแต่ละระดับตามที่ได้ แสดงจาก มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 มีคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 20-100 คะแนน และ(4) แบบวัดสิ่งจูงใจ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะ ของแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนน ในแต่ละระดับตามที่ได้แสดงจาก มากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีระดับคะแนนจาก 1-5 ในข้อ คำถามเชิงลบ และคะแนน 5-1 ในข้อคำถามเชิงบวกคะแนน รวมทั้งตั้งแต่ 12-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ ในแต่ละหัวข้อ (Item objective congruence index: IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยแบบวัดความเชื่อ ด้านสุขภาพของโรคจิตเวช ค่า IOC เท่ากับ 0.87 แบบวัด พฤติกรรมฯ ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และแบบวัดสิ่งจูงใจ ค่า IOC เท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับ อสม. 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความเชื่อ มั่น (Reliability ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha Coefficient)และหาค่าอำนาจจำแนกแบบวัดด้วยการวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่าง คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม พบว่า แบบวัดความเชื่อด้าน สุขภาพของโรคจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.25 - 0.76 แบบวัดสิ่งจูงใจ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.38-.91 และแบบวัดพฤติกรรมฯ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 มีค่าอำนาจ ระหว่าง 0.31-0.77 ค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับหรือไม่น้อยกว่า 0.76 แสดงว่า ความเชื่อมั่นสูง และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป แสดงว่าสามารถจำแนกแยกแยะหรือจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงการในการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 119/2565 และได้ผ่านการพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยและให้ดำเนินการศึกษาภายในขอบข่ายของโครงการศึกษาที่นำเสนอในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ โดยมีการลงลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้จะไม่มีการรับบริการเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกลุ่มได้ตลอดเวลาสำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวินิจฉัยเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง 1) ขั้นตอนเตรียมการ ศึกษาข้อมูลชุมชน ประสานพื้นที่ รวมทั้งการแนะนำตัวอย่างเป็นทางการกับผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงการวิจัยระยะเวลาเอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนจริยธรรมการวิจัย 2) เตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้รับความร่วมมือจากทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 5-6 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการเป็นวิทยากรกระบวนการและเป็นผู้ช่วยนักวิจัย ผู้ใช้โปรแกรมฯ เป็นนักวิจัยและทีม

สหวิชาชีพทีมเดียวกัน และใช้โปรแกรมรูปแบบเดียวกับกับการทดสอบประสิทธิภาพ และ 3)นัดหมายชุมชน และกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯในการลงนามแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน

ขั้นการทดลอง 1) ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามลักษณะทางประชากรทั่วไป แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวช แบบวัดสิ่งจูงใจ และแบบวัดพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟู แล้วทำการทดลองกับกลุ่มทดลองในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามเนื้อหาของโปรแกรมฟื้นฟู ทั้งนี้จะทำการวัดด้วยชุดข้อมูลชุดเดียวกันอีกครั้ง หลังการทดลอง และติดตามผล และ 2) การประเมินช่วงหลังการทดลอง ขั้นการติดตามผล 1 เดือน (1) ผู้วิจัยได้เว้นระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยไม่มีการจัดกระทำหรือกระตุ้นใด ๆ ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองเพื่อตอบแบบวัดชุดเดิมที่ได้ทำการวัดไปก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ได้แก่แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพฯ แบบวัดสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมฟื้นฟู และแบบวัดพฤติกรรมฯ (2)หลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อค้นหาคำอธิบายมาสนับสนุนผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดยใช้การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสนทนาแลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ได้รับ ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมต่าง ๆ การนำไปประยุกต์ใช้ จาก อสม. ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป ดังนี้ (1) สถิติบรรยายโดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ โดยการตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูลพบว่า $p = 0.74, 0.59$ และ 0.19 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) และ

ตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's test พบว่า $p = 0.56, 0.14$ และ 0.45 แสดงว่า Variance ไม่แตกต่างกัน และสถิติทดสอบ Paired t-test

39 คน เพศส่วนใหญ่เป็นหญิง (54.0%) อายุเฉลี่ย 42.69 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.73 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.73 ปี จบการศึกษาระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (38.1%) และประกอบอาชีพเกษตรกร (39.7%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=63)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	29(46.0)
	หญิง	34(54.0)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	42.69(1.54)
	Min(max)	20.0(65.0)
ประสบการณ์ทำงาน	Mean(SD.)	6.73(0.36)
	Min (max)	3.0(14.0)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	19(30.2)
	มัธยมศึกษา	24(38.1)
	ปวช/ปวส.	8(12.7)
	อนุปริญญา	7(11.1)
การประกอบอาชีพ	ปริญญาตรีขึ้นไป	5(7.9)
	ไม่ได้ทำงาน	17(27.0)
	เกษตรกร	25(39.7)
	รับจ้างทั่วไป	14(22.2)
	ข้าราชการบำนาญ/พนักงานเกษียณ	2(3.2)
	ค้าขาย	5(7.9)

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนโดยรวม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนน

เฉลี่ยมากกว่า 2.38 คะแนน (95%CI: 2.26, 2.50) ; กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.22 คะแนน (95%CI: 2.05, 2.37) และ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.04 คะแนน (95%CI: 1.91, 2.16) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม และพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน (n=63)

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
การรับรู้แบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	63	1.97(0.05)	2.38(0.06)	2.26, 2.50	<.001
หลังการทดลอง	63	4.35(0.03)			
สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วม					
ก่อนการทดลอง	63	2.02(0.07)	2.22(0.08)	2.05, 2.37	<.001
หลังการทดลอง	63	4.24(0.07)			
พฤติกรรมการมีส่วนร่วม					
ก่อนการทดลอง	63	2.10(0.04)	2.04(0.06)	1.91, 2.16	<.001
หลังการทดลอง	63	4.15(0.05)			

วิจารณ์

การเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งจูงใจให้มีส่วนร่วมและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน โดยรวมเพิ่มขึ้นนั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเวชของ อสม. หลังทดลองสูงกว่า ก่อนทดลองทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม ซึ่งในขั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างความรู้ ประกอบด้วย กิจกรรมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งความรู้เรื่องโรคจิตเภท โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ประโยชน์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท อุปสรรคของการเจ็บป่วยซ้ำ ความเข้าใจในโรคจิตเภทนำไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นเมื่อ อสม. ได้เข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคจิตเภทอย่างรอบด้าน ก็จะมี ความเชื่อในประโยชน์ต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับแนวคิด HBM ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมในกระบวนคิดและจิตใจ ให้เติบโตทางปัญญาจะสร้างความตระหนักไว้ใน

การแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ⁶⁻⁷

ส่วนสิ่งจูงใจ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยสิ่งจูงใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชฯ โดยเฉพาะในขั้นการสร้างการมีส่วนร่วมและการตระหนักรู้ มีกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ได้แก่ การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ของชุมชน และต้นทุนที่มีการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ทำให้ อสม.เกิดความตระหนัก และมีแรงจูงใจร่วม รวมถึงได้ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ตระหนักถึงปัญหาการดูแลสุขภาพร่วมกัน ซึ่งการร่วมคิดกำหนดแนวทางแก้ปัญหา ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และภาคภูมิใจ เกิดแรงจูงใจชักนำไปสู่การแก้ปัญหาาร่วมกัน⁸

นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองเมื่อพิจารณาทุกด้าน พบว่า ภายหลังทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมฯ สูงกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมในโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย

จิตเวชฯ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของ อสม. เพื่อส่งเสริม ป้องกัน พึ่งพาผู้ป่วยจิตเภท อสม. มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน และมีส่วนร่วมเรียนรู้การแก้ปัญหาจากอุปสรรคจึงส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูฯ ทั้งด้านการร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมมีส่วนร่วมฯ ได้ดีขึ้น⁷ การมีความเชื่อทางสุขภาพของโรคจิตเวชที่ถูกต้อง และการได้ร่วมประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันจะเป็นสิ่งกระตุ้นใจให้มีส่วนร่วมฯ มากขึ้น จากผลการสำรวจมุมมองของ อสม. ที่ได้เข้าร่วมการทดลอง และการได้ไปปฏิบัติจริงเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช และนำผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามตลอด 1 เดือน มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพูดคุยกัน พบว่า โปรแกรมฯ มีความเหมาะสม สนับสนุนวัตถุประสงค์ของการวิจัยถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ส่งผลให้ อสม. กลุ่มทดลองมีความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้ และประสบการณ์ทักษะต่อการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตลอดถึงผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโรคอื่นด้วย มีความตระหนักรู้ และตื่นตัวที่จะเข้าไปช่วยเหลือ ตลอดถึงการปรับตัวเรียนรู้กับสิ่งใหม่ที่มีความท้าทาย อีกทั้งการมีกลุ่มของ อสม. ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ และร่วมทีมในการปฏิบัติการฟื้นฟูในชุมชนอย่างไม่โดดเดี่ยว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทั้งเพื่อน อสม. ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช และผู้นำในชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คอยสนับสนุนให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับปกรณ จารักษ์⁹ ซึ่งพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ เครือข่ายญาติผู้ป่วย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการอบรมแกนนำในด้านความรู้ปรับทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีกิจกรรมมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาลดลง ไม่มีอาการกำเริบและลดการส่งต่อ เช่นเดียวกับการศึกษาผู้ป่วย

จิตเวชที่ได้รับโปรแกรม CBR ในโมเดลของการให้สุขศึกษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช และทักษะทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น และผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ ดังนั้นการศึกษานี้ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของ CBR มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเวชในชุมชนด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐานนอกเหนือจากยารักษาโรค และเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในชุมชน^{7,11}

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากโปรแกรม CBR ทำให้คนพิการมีความเป็นอิสระมากขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนสถานภาพทางสังคม และมีทักษะด้านการสื่อสารที่ดีขึ้น¹² เช่นเดียวกับ CBR ที่ชี้ให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช การเข้าถึงการดูแล การจัดการอุปสรรคทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ¹³ และการศึกษาผล CBR ในผู้ป่วยจิตเวชในชนบทอินเดียด้วยการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้โปรแกรม CBR ที่มีเนื้อหาเรื่องโรคและการดูแลรักษาทางคลินิก การให้สุขศึกษาในผู้ดูแล ผู้ป่วย กลยุทธ์การจัดการความสม่ำเสมอกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ กลยุทธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคล เพื่อปรับปรุงการทำงาน การมีส่วนร่วมในสังคม การจัดการกับประสบการณ์การตีตรา การเลือกปฏิบัติกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แหล่งทรัพยากร และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับโปรแกรม CBR มีผลลัพธ์ทางคลินิก อาการทางจิตที่ดีขึ้น และมีความพึงการลดลงเมื่อเทียบกับคนที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว¹⁴ ดังนั้น โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของ อสม. ในครั้งนี้มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากผลการทดลองและการติดตามผลด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง

การทดลองแล้ว จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติ โปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและมีการรับรู้อย่างสร้างสรรค์ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกในทางบวกต่อตนเองและมีเป้าหมายในชีวิต รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับการรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลที่จะนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้จึงควรมีประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและมีการรับรู้รูปแบบเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่องระยะยาวในชุมชน โดยการติดตามประเมินผลในระยะ 9 เดือน 12 เดือน และ 2 ปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินชีวิตจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ผลดียิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้าเนื่องจากการดูแลส่วนใหญ่จะมีการรับรู้จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเช่นกันโดยปรับกิจกรรมเรื่องโรคให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service: Ss) สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: วิกทอเรียอิมเมจ; 2563.
2. Aiamsaart N, Thaweesees P, Chumchai P. The effect of case management to overall abilities among Schizophrenia patients with the risk for violence. Journal of SomdetCha-opraya Institute of Psychiatry 2020;14(1):10-22.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเขาหลวง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2565. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเขาหลวง; 2565.
4. มัลลิกา จันทร์เพ็ญ, เพ็ญพัทธ์ อูทิศ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(3):126-40.
5. Cohen, J. Statistical power analysis for behavioral sciences. 2^{ed}. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum;1988.
6. Rosenstock, I. M. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-35.
7. อุไรวรรณ เกิดสังข์. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐาน ที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2565.
8. เปรมฤดี ดำรงค์, อังคนา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2557;19(2):92-103.
9. ปกรณ์ จารักษ์. ประสิทธิภาพการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโรงพยาบาลสร้างคอม อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551; 2(2):1220-30.
10. Puspitosari W A, Wardaningsih S, Nanwani S. Improving the quality of life of people with schizophrenia through community based rehabilitation in Yogyakarta Province, Indonesia: A quasi experimental study. Asian journal of psychiatry. 2019;42(2):67-73.
11. Asher L, Hanlon C, Birhane R, Habtamu A, Eaton J, Weiss H, et al. Community-based rehabilitation

- intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry* 2018;18:250.
12. Velema J P, Ebenso B, Fuzikawa P L. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes. *Leprosy Review*. 2008;79:65-82.
 13. Wang L, Zhou J, Yu X, Qiu J, Wang B. Psychosocial rehabilitation training treatment of schizophrenia outpatients: a randomized, psychosocial rehabilitation training-and mono medication-controlled study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2013;29(2):597-600.
 14. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A, Weiss H A. Evaluation of a community based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182:57-62.

การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

The Development of a Care System for ST Elevation Myocardial Infarction at the Emergency Room, Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province

นิตยา รัชโพธิ์*

Nitaya Rachapo

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

(Received: September 30, 2023; Revised: October 8, 2023; Accepted: November 1, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา Streptokinase ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย STEMI) จำนวน 21 คน และบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการวิจัยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบบริการ และ 3) ประเมินผล

ผลการวิจัย : ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระยะพัฒนาระบบบริการ มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจร เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) การพัฒนาแนวทางการดูแล 4) การวินิจฉัยภาวะ STEMI และระบบการให้คำปรึกษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 5) การกำหนดมาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด และการดูแลผู้ป่วย และ 6) การส่งต่อ ระยะประเมินผล พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วย (100%) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะเจ็บเค้นอก (100%) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 9.62 นาที การแปลคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 10.22 นาที ค่าเฉลี่ยการได้รับยา Streptokinase หลังวินิจฉัยเฉลี่ย 23.63 นาที และค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เจ็บหน้าอกถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉลี่ย 153.89 นาที ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (100%) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (45%) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนปฏิกิริยาการแพ้ยา ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ (100%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและตามมาตรฐาน ควรขยายขอบเขตการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้ครอบคลุมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการรับกลับ/การดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ : กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน; ระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวาปีปทุม

ABSTRACT

Purposes : To develop a care system for ST Elevation Myocardial Infarction patients who received streptokinase at the emergency room, Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province.

Study design : Action research

Materials and Methods : The research participants were chosen by purposive sampling method which are 1) 21 STEMI patients and 2) 21 related service personnel. Research instruments were patient information recording forms and patient care compliance assessment forms. The data was analyzed by using descriptive statistics and content analysis. The study period was from October 2021 to September 2022, study period was divided into three phases: 1) situation analysis, 2) system development, and 3) evaluation.

Main findings : The situation analysis found that there were service problems in both the process and the result. At the phase of system development, there were three cycles related to 1) quick access to fast-track services, 2) triage tool development, 3) care development, 4) STEMI diagnosis and consultation system to confirm the diagnosis, 5) setting standards for giving Streptokinase and patient care, and 6) referral and evaluation. The evaluation phases found that 100% of the multidisciplinary team followed patient care guidelines. Results of patient care after development revealed that 100% of patients were triaged for chest pain. The average time from arrival at the hospital to electrocardiogram was 9.62 minutes, the time of ECG translating averaged 10.22 minutes, Diagnosis to Streptokinase receiving averaged 22.83 minutes, and the average time from onset to Streptokinase was 153.89 minutes. The patients were referred after receiving Streptokinase at 100%. A common complication was low blood pressure. The patients at 45 percent did not experience complications from drug allergic reactions. The patient's symptoms improved 100%.

Conclusion and recommendations : The study results indicated that the care system development for ST Elevation Myocardial Infarction was effective in helping them receive prompt and standard care.

Keywords : ST Elevation Myocardial Infarction; Streptokinase Medicine giving period

บทนำ

กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลกและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นสูง¹ จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases, CVDs) ประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็น 31 % ของสาเหตุการเสียชีวิตตายทั้งหมดและในจำนวนนั้นมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 7.4 ล้านคน²

สำหรับในประเทศไทย พบว่า 45% ของการเสียชีวิตเฉียบพลันเป็นจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (The Thai Registry of Acute Coronary Syndrome, TRACS) พบผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ร้อยละ 55 NSTEMI ร้อยละ 33 และชนิด unstable angina ร้อยละ 12 โดยมีอัตราการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 5.3 ผู้ป่วย NSTEMI ร้อยละ 5.1 ผู้ป่วย unstable angina ร้อยละ 1.7³ ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7 ได้สนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ในรูปแบบเครือข่ายตั้งแต่ระดับระดับปฐมภูมิ จนถึงบริการขั้นสูงหรือการบริการเฉพาะทาง ซึ่งได้มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอที่พร้อมในการเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย STEMI ตั้งแต่ 1) การวินิจฉัยภาวะ STEMI 2) การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ STEMI โดยฉีดยาละลายลิ้มเลือด และส่งต่อไปยังแม่ข่าย 3) การส่งต่อไปแม่ข่ายในกรณีที่ถูกข่ายไม่สามารถให้ยาละลายลิ้มเลือดได้ และ 4) การรับกลับ/การดูแลต่อเนื่อง⁴ จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart)⁵ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting)

การสังเกต (Observing) และการสะท้อนคิด (Reflecting)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา Streptokinase ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด 42 คน ประกอบด้วย ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย STEMI) จำนวน 21 คน บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนปฏิบัติการ (Action plan) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI และแบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After action review)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกและข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 4) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย อนุมัติจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลวาปีปทุม เลขที่ 5/2564 วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย นำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. **การวิเคราะห์สถานการณ์** (ตุลาคม - ธันวาคม 2564) ผลการศึกษาจากวิเคราะห์เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย พบปัญหา ดังนี้ 1) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมีความไม่ครบถ้วน ยุ่งยาก 2) การให้คำปรึกษา มีระยะเวลารอคอยนานเป็นบางครั้ง

3) เครื่องมือและอุปกรณ์ในรพพยาบาล ไม่ครบถ้วน
4) บุคลากรในทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ผู้ใช้บริการสะท้อนความไม่รู้และไม่เข้าใจในกระบวนการการดูแลของผู้ให้บริการ และ 5) ศักยภาพของบุคลากร พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 3 ปี ขาดความมั่นใจ การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI

2. การพัฒนาระบบการจัดบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วย STEMI เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ตัวจริงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงจร

วงจรที่ 1 (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2565) กิจกรรมการพัฒนา (Acting) ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนนโยบายการดูแล และนำเข้าสู่แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2) นำแบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของสถาบันโรคทรวงอกมาใช้ในการคัดกรอง 3) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI fast track 4) พัฒนาระบบขอคำปรึกษา โดยจัดหา Smart phone 5) จัดหาเครื่อง Telemedicine 6) จัดการให้ความรู้เชิงปฏิบัติ การประเมินผู้ป่วย STEMI การใช้แบบบันทึกการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด การสังเกตอาการและอาการแทรกซ้อนผู้ป่วยสำหรับพยาบาล 7) ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เกษศกร

วงจรที่ 2 พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และสมรรถนะของพยาบาลในการให้ยาและดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยาภายหลังการรับยาและระหว่างส่งต่อ จากประเด็นปัญหาดังกล่าวนำสู่การพัฒนาในวงจรที่ 3 และประเมินผลการพัฒนา

วงจรที่ 3 (มี.ค. - ก.ย. 2565) กิจกรรมการพัฒนา (Acting) ดังนี้ 1) จัดระบบการให้ยา Streptokinase สามารถเบิกใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสถานการณ์เสมือนจริง 3) ปรับระบบการส่งต่อ 4) พัฒนาการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยกำหนดในลักษณะแผนภาพ 5) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI และ 6) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีดูแล ควบคุม ประเมินผลการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลให้เป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI (Clinical path way) พบ

ผลสำเร็จของการดำเนินงาน (Observe, Reflecting) ดังนี้
1) พยาบาลวิชาชีพที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีสมรรถนะและทักษะในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย วิธีการบริหารยาและการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ 2) มีระบบทางด่วนพิเศษผู้ป่วย STEMI ที่เป็นรูปธรรม 3) มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI มีแนวปฏิบัติการพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI และ 4) มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อการบริหารจัดการให้การดูแล ควบคุม ประเมินผลการทำงาน

3. การประเมินผลการพัฒนา (ตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ.2565)

3.1 ผลการพัฒนาด้านกระบวนการ

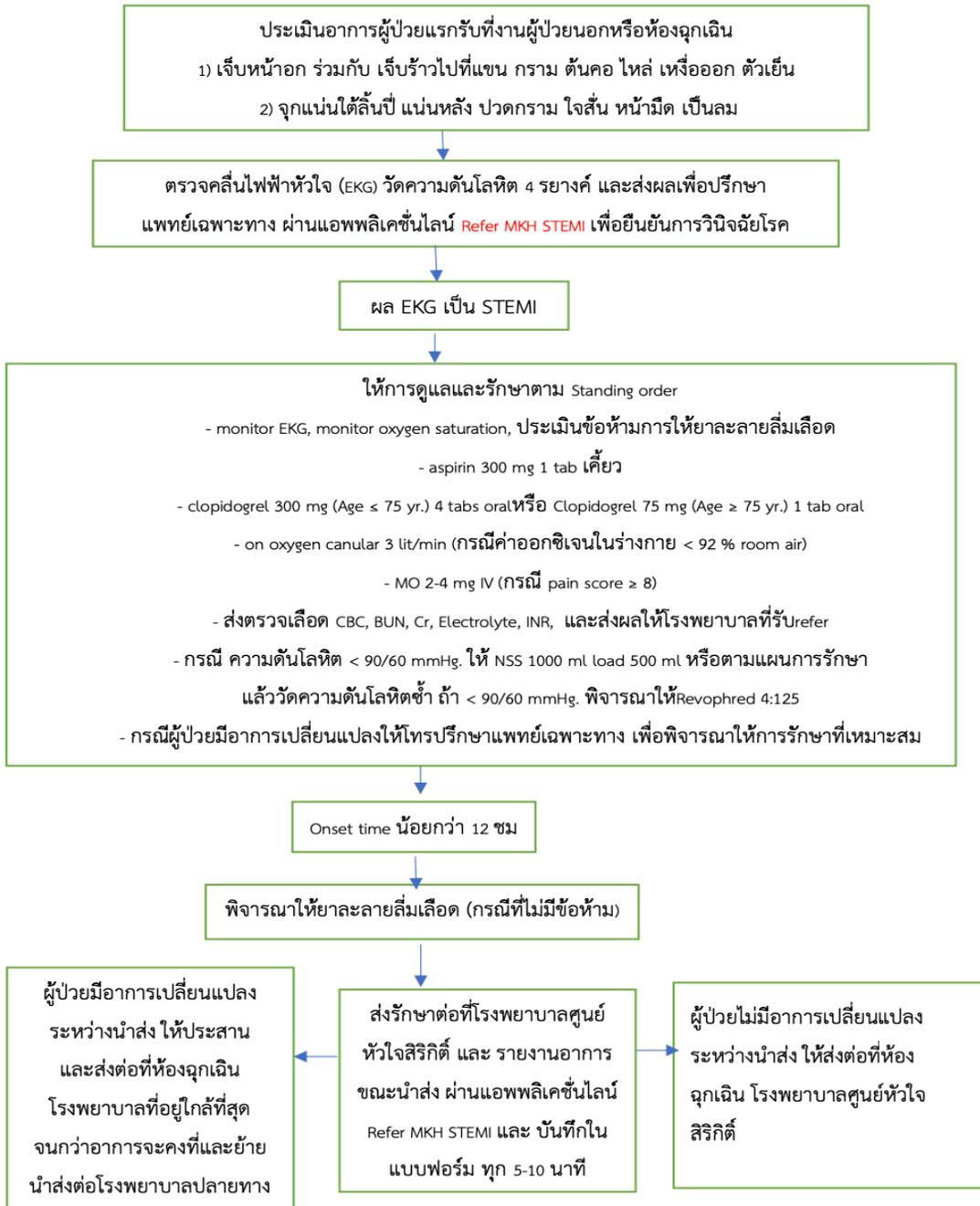
ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทีมการดูแลผู้ป่วยฯ ได้ร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การจัดทำมาตรฐานและแนวทางการจัดบริการ (Service delivery) โดยการประชุมปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด^๔ 2) การบริหารจัดการกำลังคน (Workforce) ได้พัฒนาศักยภาพทีมการดูแลผู้ป่วยด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการประเมินและการคัดกรอง การแปลผลการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การคัดกรองผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการรับยาละลายลิ่มเลือด การให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในสถานการณ์ที่ เหมือนจริงและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 3) การกำหนดให้มียาและเวชภัณฑ์ไว้ในห้องฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง 4) การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร (Information technology: IT) ออกแบบจัดเก็บข้อมูลการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในฐานข้อมูลเวชระเบียน 5) การจัดสรรงบประมาณ (Financing) ในการจัดซื้อเครื่อง Telemedicine จำนวน 3 เครื่อง และ 6) การกำหนดตัวแทนหน่วยงาน (Governance) เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการจัดทำแผนบริการสุขภาพ (service plan)

สาขาโรคหัวใจของจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งเป็นผู้กำกับและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI

ระยะที่ 2 การนำระบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยสู่การปฏิบัติในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ครั้งที่ 1 ในช่วง 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผลการดำเนินงานด้านผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 1 จากการทบทวน พบ ปัญหาในการดำเนินการ ได้แก่ อาการแสดงของผู้ป่วยไม่ชัดเจน เช่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกแต่มีอาการมีอึดแน่นท้องวูบ หน้ามืด เหงื่อแตก ใจสั่น เกิดความล่าช้าในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เช่น ทำ EKG ไม่ครบตามแนวทางที่กำหนด การยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดล่าช้าในผู้ป่วยสูงอายุต้องรอดติดต่อญาติเพื่อ ร่วมตัดสินใจ และจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า ทีมการดูแลผู้ป่วยยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ จากปัญหาที่พบ ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย ปรับปรุงแนวทางการประเมินอาการผู้ป่วยให้ครอบคลุม ปรับปรุงระบบการให้คำปรึกษาทางแอปพลิเคชัน จัดกล่องชุดยาสำหรับขณะส่งต่อผู้ป่วย จัดทำแผ่นภาพตำแหน่งการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประสานแผนกเวชระเบียนให้บันทึกเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อญาติในแฟ้มประวัติผู้ป่วย และซ้อมการปฏิบัติในสถานการณ์จริงให้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 2 ภายหลังปรับปรุง ได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ระหว่าง 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ผลการดำเนินงาน พบว่า มีการดูแล

ผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดมากขึ้น ร่วมกันได้จัดทำแนวทางการปรึกษาภายในองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลวาปีปทุม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยให้ถูกต้อง ก่อนส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วภายใน 30 นาทีตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 ครั้งที่ 3 คณะผู้วิจัยได้นำแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยฯ ลงสู่การปฏิบัติ (1 มีนาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564) ในผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ไม่พบการวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด

ระยะที่ 3 การประเมินผลระบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยฯ พบว่า 3.1) การดูแลผู้ป่วย ผลการประเมินความคิดเห็นของทีมการดูแล ทั้งแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยมีเนื้อหาครอบคลุม ครบถ้วน ร้อยละ 78.94 แนวทางการดูแลผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้จริงและ แนวทางการดูแลผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้จริง ร้อยละ 73.68 ระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วยมาก คือ การบันทึกมีความเหมาะสมกับการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 68.40 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยฯ ของทีมการดูแล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565 พบว่า การดูแลที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100.00 ในส่วนที่ทำได้ไม่ครบถ้วนคือ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ V3R และ V4R ในปี 2564 ร้อยละ 90.90 3.2) ผลต่อผู้ป่วยในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการเปิดขยายของหลอดเลือดหัวใจหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 85.0 และ 87.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด⁵

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของประสิทธิผลการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2565

ผลการดูแล	เป้าหมาย	จำนวน(%) ตามปีงบประมาณ		
		ปีงบประมาณ 2564 n(%)	ปีงบประมาณ 2565 n(%)	% diff.
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 10 นาที	100 %	11/13(84.61)	7/8(87.50)	+3.36
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที	>80.00%	11/13(84.61)	5/8(83.33)	-1.52
3. ร้อยละของการเปิดขยายของหลอดเลือดหัวใจหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด	>85.00%	4/13(85.00)	7/8(87.50)	+2.90
4. ร้อยละของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลหรือขณะส่งตัว	0%	0(0.001)	0(0.00)	0
5. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติอย่างครบถ้วน	100%	17/21(80.95)	18/21(85.71)	+5.71

วิจารณ์

การพัฒนากระบวนการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสามารถนำสู่การปฏิบัติในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนจริง ซึ่งจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องมีการประเมินประสิทธิผลทั้งด้านผู้ป่วยฯ และด้านทีมการดูแลควรปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง จากผลการวิจัยจะเห็นว่า ระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญในการพัฒนา เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหามาได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน

จะเห็นได้ว่า แต่ละวงจรปฏิบัติการได้หมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจรตั้งแต่กระบวนการรับและคัดกรองผู้ป่วยที่รวดเร็ว โดยการซักประวัติการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับอาการของภาวะ STEMI ของทีมพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 10 นาที เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.89 ผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลได้รับการคัดกรองที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการคัดกรองและเข้าถึง Fast track ได้รวดเร็ว และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วย STEMI พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติอย่างครบถ้วน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.76 ร้อยละของการเปิดขยายของหลอดเลือดหัวใจหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.50 และไม่มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลหรือขณะส่งตัว สำหรับการวินิจฉัยภาวะ STEMI และสื่อสารกับแม่ข่ายเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้ระบบไลน์ ร่วมกับการ

โทรศัพท์ประสานงานหาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ค่าเฉลี่ย เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) เท่ากับ 23.63 นาที เป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับ ทีมพยาบาลเพราะต้องให้ยาได้ภายใน 30 นาทีหลังวินิจฉัย ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงได้รับยา ละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที ลดลง ร้อยละ 1.25 เป็น ผลจาก พยาบาลที่อายุงานน้อยกว่า 3 ปี ไม่มั่นใจและขาด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย STEMI

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวนิตย์ โทธิจันทร์⁷ ที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนได้ รับการรักษาด้วย Streptokinase ลดลงจาก 126 นาที เป็น 29 นาที อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากร้อยละ 4.40 เป็น 0 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 77.00 เป็น 95.80 โดยมีปัจจัย แห่งความสำเร็จหนึ่ง คือ การประสานงานและความร่วมมือ ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับการ ศึกษาของ วิศิษฐ์ อภิสิริวิทยา⁸ ที่ศึกษาผลของการรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST elevation ด้วยยา Streptokinase โดยทีมสหสาขาวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชน พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย และมี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนเป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนด และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา⁹ พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาล สะเดา มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ทั้ง 12 ข้อ ผลการใช้แนวปฏิบัติพบว่าพยาบาลใช้ แนวปฏิบัติร้อยละ 100.00 และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อน

ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI ได้มีการรณรงค์ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669 แต่

จากผลการศึกษานี้ได้พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เรียกใช้บริการการ แพทย์ฉุกเฉิน ในช่องทาง 1669 เป็นบางราย ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาใน ประเด็น ช่องทาง ประชาสัมพันธ์ที่สร้างเสริมความตระหนักเกี่ยวกับอาการ ของโรคหลอดเลือดหัวใจและการเข้าถึงบริการโทรแจ้งสาย ด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูลและคณะ¹⁰ ที่พบว่า การเรียกใช้ บริการผ่านช่องทาง 1669 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตันมีน้อย เพียงร้อยละ 23.02

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase นี้เกิดจาก การมองเห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกัน การติดตาม กำกับที่เสริมแรงและต่อเนื่อง ความร่วมมือร่วมใจในการ พัฒนา และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการสื่อสาร ได้แก่ การใช้เครื่อง Telemedicine ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพ สามารถเฝ้าติดตามได้อย่างใกล้ชิดขณะส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วย STEMI อย่างต่อเนื่อง และกำหนดค่าเป้าหมายที่ท้าทายใน แต่ละขั้นตอนการบริการเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการ บริการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. ควรขยายขอบเขตการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้ครอบคลุมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน (1669) และการรับกลับ/การดูแลต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ให้ความ ร่วมมือในการศึกษาและพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ขอขอบคุณองค์กรแพทย์ที่ช่วยชี้แนะและให้ความรู้ ทางวิชาการเรื่อง STEMI ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงไกร เฮงรัศมี. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST-Elevation ในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด; 2555.
2. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva : WHO Document Production Services; 2010. [cite 2023 Oct 10]. Available from: <https://extranet.who.int/nhptool/Building-Block.aspx>
3. ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency medicine). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2559.
4. คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการโรคหัวใจ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ในการดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ครั้งที่พิมพ์ 2. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง; 2556.
5. Kemmis S, McTaggart R (eds.). The action research planner [Internet]. Deakin University; 1988 [cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2>.
6. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
7. สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2554;29(1):22-9.
8. วิศิษฐ์ อภิสวัสดิ์วิทยา. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST elevation ด้วยยา Streptokinase ในโรงพยาบาลชุมชน. พุทธชินราชเวชสาร. 2555;29(3):349-56.
9. อรวดี กาลสงค์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเตา. ราชวดีสาร. 2563;10(2):38-53.
10. รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล, นิสากร วิบูลชัย, วิไลพร พิณนาดีเลย์, จุลินทร ศรีโพนหัน, เบญจพร เองวานิช. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560:80-95.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกล
ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน
The Effects of a Tele-Nursing Care-based Self-Management Program
on Diabetes Management among Aging Homebound Individuals

ละมัย หงษา* อิดารัตน์ อุทก**

Lamai Hongsa, Tidarat Authog

Corresponding author: E-mail: lamai.hongsa@hotmail.com

(Received: October 10, 2023; Revised: October 18, 2023; Accepted: November 15, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest and Posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 38 ราย เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 ราย ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงสิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.0 คะแนน (95%CI: 1.2, 2.7)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความมั่นใจในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; บริการพยาบาลทางไกล; ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน; โรคเบาหวาน

* , **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To study the effects of a tele-nursing care-based self-management program on diabetes management among aging homebound individuals.

Study design : Quasi-experimental research; Pretest-posttest two-group design.

Materials and Methods : The sample group was diabetes management among aging homebound individuals of the Urban Community Medical Center. Roi-Et Hospital. There were 38 subjects in total, divided into an experimental group and a control group, 19 subjects per group. Processing period from March to August 2023. Data were collected by questionnaire. Data were recorded and analyzed using frequency, percentage, mean standard deviation and compare the means of the studied variables with paired t-test and independent t-test. The statistical significance level ($p < .05$).

Main Findings : After the experiment, it was found that The experimental group had a significantly different mean self-management behavior score than the control group ($p < .05$). The experimental group had an average score of self-management behavior that was 1.94 points higher than the control group. (95%CI: 1.19, 2.69)

Conclusion and recommendations : The tele-nursing care-based self-management program gives patients a better level of confidence in practicing self-care. It also results in patients having better self-care behaviors.

Keywords : Self-Management; Tele-Nursing Care-based; Aging Homebound Individuals; Diabetes

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนสำหรับประเทศไทยนั้นจำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศซึ่งถือว่ามีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปัจจุบัน พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากว่า 12 ล้านคน หรือราว 18% ของจำนวนประชากรทั้งหมด และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ.2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ¹ สาเหตุที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากจำนวนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามอัตราการเสียชีวิตที่ลดลง ประกอบกับอัตราการเกิดและอัตราการเจริญพันธุ์ก็ลดลงอย่างรวดเร็วนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะในสัดส่วนของผู้สูงอายุที่กำลังขยายตัวอย่างต่อเนื่องปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการตายและอัตราการเกิดของประชากรไทยลดลง มาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีการดำเนินการด้านสาธารณสุข บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น อัตราการตายจึงลดน้อยลง ค่านิยมของคนรุ่นใหม่ที่มีแนวโน้มจะแต่งงานน้อยลง มีบุตรน้อยลง และครองโสดมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสุขภาพ เพิ่มขีดความสามารถระบบบริการและเครือข่ายไร้รอยต่อ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และผลักดันการบริการการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล โดยการใช้การแพทย์ทางไกล ลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน และพัฒนานวัตกรรมการแพทย์ใหม่ๆ ปัจจุบันการจัดการตนเอง (Self-Management)²⁻³ ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพบว่าการจัดการตนเองเป็นกุญแจ

สำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศอีกด้วย

จากรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น กลุ่มติดบ้านเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี โดยในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้น ปัจจุบันพบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีจำนวนมากขึ้น เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท โดยในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2565 พบมีจำนวนผู้สูงอายุ 26, 251 ราย โดยแบ่งผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living, ADL) พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถพึ่งตนเองได้ร้อยละ 17.09 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยร้อยละ 1.04 และ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ร้อยละ 0.24⁴

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ควรได้รับการให้บริการทางสาธารณสุขในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้รวดเร็ว ไร้รอยต่อ เพื่อให้รับข้อมูลการรักษา คำแนะนำในสภาวะต่างๆ ถูกต้องเพื่อนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่กลุ่มติดบ้านในเขตรับผิดชอบให้ได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยจึงได้จัดบริการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านขึ้น เพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้ในด้านต่างๆ โดยอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยเหลือส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest and Posttest design) ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน มีนาคมถึง สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อาศัยในเขต 7 ชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีผลคะแนนรวม Barthel index ADL Index 5-11 คะแนนที่อาศัยในเขต 7 ชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

โดยกำหนดค่า Alpha (α) = 0.05, Beta (β) = 0.20, Mean of difference = 0.39, Standard deviation of difference = 0.40 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่าง 19 รายต่อกลุ่ม ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 38 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างง่ายโดยผู้วิจัยเป็นผู้จับสลากเอง โดยการ Matching เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การคัดเลือกนี้ **เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)** 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีผลคะแนนรวม Barthel index ADL Index 5-11 คะแนน 2. เป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เข้า

โครงการ 3. อาศัยอยู่ในเขต 7 ชุมชนตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 4. เป็นผู้ยินยอม และเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ 5. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ และ 6. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ **เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)** 1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2. ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และ 3. เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบ E-LEARNING ทางเว็บไซต์กองการพยาบาล และเครื่องมือที่ใช้เป็นช่องทางในการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์/Application line

2) **เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ โรคที่วินิจฉัย โรคประจำตัว ข้อมูลทั่วไปของญาติ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ข้อมูลสภาพผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิ การรักษาเมื่ออยู่ที่บ้าน ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะโภชนาการ สภาพแวดล้อม ผู้ดูแล การใช้ยา ความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การประเมินความรู้ การมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยมี ประกอบด้วยปัญหาของผู้ป่วย เป้าหมาย สิ่งที่ต้องปฏิบัติ/ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยให้วงกลมตัวเลขตามระดับความมั่นใจเลขใดเลขหนึ่งจาก 1-9 แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) มั่นใจมากวงกลมตัวเลข 7,8,9 2) มั่นใจปานกลางวงกลมตัวเลข 4,5,6 3) ไม่มั่นใจวงกลมตัวเลข 1,2,3 ระดับความมั่นใจผลความสำเร็จตามเป้าหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) สำเร็จทั้งหมด 2) สำเร็จบางส่วน 3) ไม่สำเร็จ⁵

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง

1. อบรมหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบ E-LEARNING ทางเว็บไซต์กองการพยาบาล
2. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้เป็นช่องทางในการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์/ Application line
3. ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยจัดทำบันทึกเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงแผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรายงานข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อขอความยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ข้อมูลอย่างละเอียด ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับ สิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อการได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล เมื่อได้รับการยินยอมแล้วจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้นก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

1. ให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองตามหลัก ได้แก่ 1) Assess ประเมินความเชื่อ พฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) Advise การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรค 3) Agree การสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุมโรคโดยคำนึงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยดูแลให้ได้รับการประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาล และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในวันแรกที่พบพยาบาล และให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุติดบ้านที่เป็นเบาหวาน 4) Assist การประเมินปัญหา/ อุปสรรค กลวิธี เทคนิคในการแก้ปัญหาเมื่อประสบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดลอม เช่น แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือ 5) Arrange การวางแผนในการติดตามผล เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการติดตามทาง Application line/ โทรศัพท์ เพื่อสื่อสารกับพยาบาลผู้วิจัย เช่นเรื่องของการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง (SMBG) พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ปัญหาสุขภาพข้อซักถาม โดยพยาบาลผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แนะเรื่องการจัดการตนเองที่เหมาะสม อาหารที่เหมาะสม พร้อมทั้งแปลผลระดับน้ำตาล รวมถึงการคาดเดาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหามภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และผู้วิจัยสื่อสารกับแพทย์ผู้ดูแลในการปรับอินซูลินหรือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน การสื่อสารผ่านทาง Application line นอกจากการเฝ้าระวังและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และอาการผิดปกติแล้วผู้วิจัยใช้ในการให้ความรู้เรื่องอาหาร การช้ยา การออกกำลังกายและอื่นๆ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะในการดูแลตนเอง
2. เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด จะได้รับการติดตามโดยพยาบาลผู้วิจัย

3. ประเมินภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองหลังได้รับการบริการพยาบาลทางไกล

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมให้การดูแลช่วยเหลือตามปกติ และในสัปดาห์ที่ 6 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองกลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หมายเลขโครงการ RE 050/2566 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้

รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (78.9%) อายุเฉลี่ย 73.78 ปี (SD. 6.17) เป็นสมาชิกครอบครัว (100.0%) รายได้เฉลี่ย 6,373.7 บาท (SD.= 6,223.5) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน (100.0%) ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัว (100.0%) มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง (100.0%) ดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 24.1 (SD.=4.2) และมีค่า HbA1c เฉลี่ยหลังการทดลอง 7.1 (SD.= 1.3) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (57.9%) อายุเฉลี่ย 70.2 ปี (SD.=5.2) เป็นสมาชิกครอบครัว (57.9%) รายได้เฉลี่ย 12,289 บาท (SD.=7544.9) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน (100.0%) ผู้ป่วยรู้สึกตัว (100.0%) มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง (100.0%) ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 25.7 (SD.=4.5) และมีค่า HbA1c เฉลี่ยหลังการทดลอง 8.5 (SD.=1.6)

ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (68.4%) อายุเฉลี่ย 45.9 ปี (SD.=10.1) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (79.0%) ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57.9%) อายุเฉลี่ย 51.3 ปี (SD.=13.4) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (47.4%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		
เพศ		
ชาย	4(21.1)	8(42.1)
หญิง	15(78.9)	11(57.9)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
60 – 65	2(10.5)	4(21.1)
66 – 70	4(21.1)	6(31.5)
71 - 75	7(36.9)	4(21.1)
มากกว่า 75	6(31.5)	5(26.3)
Mean (SD.)	73.9(6.2)	70.2(5.2)
สถานะภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	0(0.0)	8(42.1)
สมาชิกในครอบครัว	19(100.0)	11(57.9)
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	17(89.4)	10(52.6)
10,000 – 20,000	1(5.3)	7(36.9)
20,001 – 30,000	1(5.3)	2(10.5)
Min : Max	2,500 : 30,000	3,000 : 30,000
Mean(SD.)	6,373.7(6,223.5)	12,289(7,544.9)
โรคที่วินิจฉัย		
โรคเบาหวาน	19(100.0)	19(100.0)
ลักษณะทางประชากรของญาติหรือผู้ดูแล		
เพศ		
ชาย	6(31.6)	8(42.1)
หญิง	13(68.4)	11(57.9)
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 40	5(26.3)	6(31.6)
40 - 50	9(47.4)	4(21.0)
51 - 60	3(15.8)	3(15.8)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
มากกว่า 60 ปี	2(10.5)	6(31.6)
Mean (SD.)	45.9(10.1)	51.31(13.4)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	2(10.5)	6(31.6)
บุตร	15(79.0)	9(47.4)
พี่น้อง	0(0.0)	4(21.0)
อื่นๆ	2(10.5)	0(0.0)
ข้อมูลสภาพผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน		
ระดับความรู้สึกรู้ตัว		
รู้สึกรู้ตัว	19(100.0)	19(100.0)
อุปกรณ์การรักษาเมื่ออยู่บ้าน		
ไม่มี	19(100.0)	19(100.0)
ความสามารถในการดูแลตัวเอง		
Barthel index 50 - 70 (ระดับความสามารถปานกลาง)	19(100.0)	19(100.0)
ภาวะโภชนาการ		
BMI		
Mean(SD.)	24.1(4.2)	25.7(4.5)
สภาพแวดล้อมที่บ้าน		
เหมาะสม	19(100.0)	18(94.7)
ไม่เหมาะสม	0(0.0)	1(5.3)
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	19(100.0)	19(100.0)
การใช้ยา		
มีการใช้ยา	19(100.0)	17(89.5)
ไม่มีการใช้ยา	0(0.0)	2(10.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
มีความเชื่อ	15(78.9)	10(52.6)
ไม่มีความเชื่อด้านสุขภาพ	4(21.1)	9(47.4)
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	18 (94.7)	12 (63.2)
ดื่ม	1(5.3)	7(36.8)
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	19(100.0)	18(94.7)
สูบบุหรี่	0(0.0)	1(5.3)
HbA1c ก่อนทดลอง		
Mean(SD.)	8.06(2.1)	9.00(2.0)
HbA1c หลังทดลอง		
Mean(SD.)	7.1(1.3)	8.5(1.6)

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2.1 ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีความมั่นใจในการปฏิบัติ การดูแลตนเองในระดับปานกลาง (78.9%) กลุ่มควบคุม

มีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลตนเองในระดับปานกลาง (68.4%) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลตนเองในระดับมั่นใจมาก (78.9%) และกลุ่มควบคุมมีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลตนเองระดับปานกลาง (78.9%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ

ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง		
ไม่มั่นใจ	2(10.5)	0(0.0)
มั่นใจปานกลาง	15(78.9)	4(21.1)
มั่นใจมาก	2(10.5)	15(78.9)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
กลุ่มควบคุม		
ไม่มั่นใจ	4(21.1)	0(0.0)
มั่นใจปานกลาง	13(68.4)	15(78.9)
มั่นใจมาก	2(10.5)	4(21.1)

2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกล ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลอง 2.6 คะแนน (95%CI: 1.8, 3.4) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน ($p = .035$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภายในกลุ่ม

พฤติกรรมจัดการตนเอง	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	19	4.7(1.1)	2.6	1.8 , 3.4	<.050
หลังทดลอง	19	7.4(1.2)			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	19	4.6(1.3)	0.8	0.1 , 1.5	.035
หลังทดลอง	19	5.4(1.1)			

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

จัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.0 คะแนน (95%CI : 1.2, 2.7) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	19	4.7(1.1)	0.1	-0.7 , 0.9	.789
กลุ่มควบคุม	19	4.6(1.3)			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	19	7.4(1.2)	2.0	1.2 , 2.7	<0.050
กลุ่มควบคุม	19	5.4(1.1)			

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองในระดับที่ดีขึ้น อีกทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีมากยิ่งขึ้น เนื่องด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพเป็นอย่างดี จึงส่งผลให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับกรณีการ แสนสุขภาพและนเรศกันธะวงศ์⁶ ที่ได้นำหลักการทางจิตวิทยาามาประยุกต์ใช้เพื่อให้บุคคลเกิดทักษะการจัดการตนเอง โดยเริ่มด้วยการประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง และการประมาณตนเอง ภายได้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล อันเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน และพรภัทรา แสนเหล่า และอนัญญา ลาลุน⁷ ที่ได้ศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับอาการของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน

ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และภาคีเครือข่าย เช่น ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้**

1. นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายการดำเนินงานของโรงพยาบาล

2. ขยายผลการศึกษาไปสู่เครือข่ายสุขภาพระดับต่างๆ และขยายผลการศึกษาไปสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
2. อารีย์ เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(2):129-34.
3. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. Patient education and counseling. 2020;103(2):336-42.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1F4bLgmalyNos0WM2cJwYwl0rW1PmrwsdSuyt-XP2LYQ/edit#gid=1133813807>
5. ศุภานันท์ สุวรรณกิจ, อัสนี วันชัย, ชนกานต์ แสงคำกุล, อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในเขตเมือง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2564;13:225-37.
6. กรรณิการ์ แสนสุภา, นเรศ กันธะวงศ์. การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร. พระนคร. 2564;1:25-37.
7. พรภัทรา แสนเหล่า, อดิณญา ลาลูน. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2562;2(2):21-33.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Pulmonary Tuberculosis : Case study 2 cases

จินตนา โพธิ์ตาก*

Jintana Phoetak

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

(Received: October 11, 2023; Revised: October 19, 2023; Accepted: November 16, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด จำนวน 2 ราย เลือกเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพธาราย ช่วงเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 73 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เจ็บคอ ไอมีเสมหะสีขาวมีน้ำมูก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ กินได้น้อยเบื่ออาหาร น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม เหนื่อยอ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก ช่างขาเวลาไอ มีไข้ตอนเย็นทุกวันเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน เมื่อปี พ.ศ. 2561 เคยรักษาวัณโรคครบ 6 เดือน แพทย์ส่งตรวจ Chest X-ray พบ Multifocal nodular infiltration Rt lung with pachy infiltration and fibrosis Rt lower lung, AFB 3 วัน ผล AFB negative แพทย์พิจารณาส่ง Xpert MTB ผล detected จึงได้วินิจฉัยโรคเป็น Pulmonary Tuberculosis ได้ ยาวินโรคสูตรพื้นฐานคือ 2 HRZE/4HR คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน, กำกับารับประทานยา (DOT) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผลการรักษาให้ยาครบ 6 เดือน ตรวจเสมหะ Sputum AFB 2 ตลับผลตรวจ Negative แพทย์พิจารณาว่าการรักษาวัณโรคได้รับความสำเร็จ

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นชายไทยอายุ 57 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามขาส่งมาคัดกรอง Chest X-ray ประจำปีในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานและมีอาการไอแห้งๆ เป็นๆ หายๆ มีไข้ตอนบ่าย หนาวสั่น หายใจเหนื่อย เบื่ออาหาร กินได้น้อย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ให้ประวัติว่า 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น หายใจหอบเหนื่อย ไอแห้งๆ น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม ผล Chest X-ray พบ diffuse reticulonodular infiltration middle and upper both lung, ส่งตรวจ AFB 3 วัน ผล AFB negative แพทย์พิจารณาส่ง Xpert MTB ผล detected จึงได้วินิจฉัยโรคเป็น Pulmonary Tuberculosis ได้ ยาวินโรคสูตรพื้นฐานคือ 2 HRZE/4HR คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน กำกับารับประทานยา (DOT) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผลการรักษาให้ยาครบ 6 เดือน ตรวจเสมหะ Sputum AFB 2 ตลับผลตรวจ Negative แพทย์พิจารณาว่าการรักษาวัณโรคได้รับความสำเร็จ

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การคัดกรองและรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างรวดเร็ว จะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดความรุนแรง และลดอัตราการต้อยาของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะความชำนาญ รวมทั้งมีแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลโรควัณโรคปอด

ABSTRACT

Purpose : To study nursing care of pulmonary tuberculosis : 2 cases.

Materials and Methods : We were is a case study of 2 patients with pulmonary tuberculosis, specifically selecting patients at the Tuberculosis Clinic, Phon Sai Hospital during February - September 2023. Tools used in the study Contains patient medical records Interviewing patients and relatives Comparative data analysis of pathological, symptoms, treatment, and evaluation nursing problems with health patterns 11 Gordon's Plan. Set official decision Nursing and discharge planning.

Main findings : Case1, female 73year came to the hospital with a sore throat. Cough with white phlegm, mucus, dizziness, nausea, eating little, loss of appetite, weight loss 3 kilograms, fatigue. Right chest pain when coughing, fever every evening, A month before coming to hospital in 2018, had been treated for tuberculosis for 6 months, doctor ans Chest X-ray Multifocal nodular infiltration Rt lung with pachy infiltration and fibrosis Rt. lower lung, AFB 3 days, AFB negative, Xpert MTB was detected, so the disease was diagnosed as Pulmonary Tuberculosis, received a basic tuberculosis medicine formula of 2 HRZE/CHR, screening household contacts, supervising medication intake (DOT), monitoring for adverse reactions from medication. Result of treatment after 6 months of drug treatment. Sputum AFB 2 sputum test, negative results, doctors consider that tuberculosis treatment has been successful.

Case 2: male 57 years from Samkha Subdistrict Health Promoting Hospital sent for chest X-ray screening in a group of high-risk diabetic patients and had a dry cough that came and went, fever in the afternoon, chills, and labored breathing. Loss of appetite, eating little, had it a day before coming to the hospital. History: 3 months before coming to hospital, had fever, chills, shortness of breath, shortness of breath, dry cough, weight loss of 10 kilograms. Chest X-ray found diffuse reticulonodular infiltration middle and upper both lung, AFB test 3 days, AFB negative, Xpert MTB result detected, therefore diagnosed the disease as Pulmonary tuberculosis, received basic tuberculosis medicine formula 2 HRZE/CHR, screening household contacts, supervising medication intake (DOT), monitoring symptoms. Desired from medicine Results of treatment after 6 months of medication completion. Sputum AFB 6 sputum test. Negative results, doctors consider that tuberculosis treatment has been successful.

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that screening and treatment of pulmonary tuberculosis patients will help reduce the spread of infection. and reduce violence Reduce the patient's drug resistance rate. Therefore, nurses need to have knowledge Skills that were Special, including the need for systematic nursing guidelines to help keep patients safe and have a good quality of life.

Keyword : Nursing for pulmonary tuberculosis.

บทนำ

วัณโรคคือโรคติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศจากผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดและกล่องเสียง การติดเชื้อเกิดขึ้นจากการหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการไอหรือจาม พูดหรือร้องเพลง การไอหรือจามหนึ่งครั้งสามารถสร้างละอองฝอยได้ถึงล้านละอองฝอย วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกและจัดให้ประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีการตรวจพบเชื้อวัณโรคมากที่สุดในภูมิภาคเอเชีย จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2565 โดยองค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 1.6 ล้านคนเพิ่มขึ้นจาก 10.1 ล้านคนเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 4.5 สำหรับผู้ป่วยวัณโรคคือยา (DR-TB) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบผู้ป่วยวัณโรคคือยาไรแฟมพิซิน (RR-TB) จำนวน 450,000 คน และยังคงพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจำนวน 1.4 ล้านคน และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิต จำนวน 187,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้วัณโรคยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 13 รองลงมาจาก COVID-19 ประชากรประมาณ 1 ใน 3 พบมีเชื้อวัณโรค¹

อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงและในปี พ.ศ. 2563 มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และรายเก่าที่กลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 รายต่อแสนประชากร การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มสำเร็จเพิ่มขึ้น อัตราการรักษาล้มเหลวและขาดยาลดลง แต่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังคงสูงเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง อีกทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดวัณโรคปอดในประเทศไทย ได้แก่ การย้ายถิ่นฐานของแรงงาน ความยากจน การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค เช่น อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน การทำงานในที่แห่งเดียวกัน การจัดลักษณะที่อยู่

อาศัยหรือที่ทำงานไม่ถูกสุขลักษณะหรือสภาพแวดล้อมที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต เป็นต้น วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะและอาจแสดงอาการอย่างเฉียบพลันเกือบทุกระบบของร่างกาย วัณโรคกว่าร้อยละ 75 - 80 เกิดขึ้นที่ปอด

ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลก ภายในปี พ.ศ. 2578 จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคเพื่อให้การดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทและแผนปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทยเป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ได้ใช้กลยุทธ์การรักษาวัณโรค โดยใช้ระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีที่เลี้ยง (DOT : Directly Observed Treatment) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเป็นวิธีการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบตามแผนการรักษา ซึ่งปัญหาที่พบของผู้ป่วยวัณโรคคือ การกินยาไม่ต่อเนื่องขาดการรักษา ต้องใช้ยาหลายขนาดและโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาได้บ่อย ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษา ทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำ และยังส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ประกอบกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะมีฐานะทางครอบครัวที่ยากจน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการตนเองด้อยโอกาส ถูกรังเกียจจากบุคคลทั่วไป จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาและดูแลจนหายขาด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลการรับประทานยา และลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การดูแลด้านโภชนาการ และการสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงครอบครัวและชุมชน²

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 เปิดคลินิกวัณโรคทุกวัน พลหัสบดี ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop

Service) โดยทีมสหวิชาชีพทางด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานแนวที่ 1 อย่างน้อย 6 เดือน สถานที่ในการให้บริการคลินิก วัณโรคแยกส่วนจากการให้บริการของผู้ป่วยอื่นๆ อย่างชัดเจนผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และกินยาต้านเชื้อวัณโรค 2 สัปดาห์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐาน จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล โพนทราย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 45,48 และ 55 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ตรวจเสมหะพบเชื้อ จำนวน 25,39 และ 44 รายตามลำดับ ด้านผลการดำเนินงานปี 2562 - 2566 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 97.50, 86.00, 77.77, 92.50 และ 87.50 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10.00) ร้อยละ 2.5, 14.0, 20.0, 12.5 และ 6.8 ตามลำดับ อัตราการขาดยา (เกณฑ์กำหนดคือต้องไม่มีการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค) ร้อยละ 0, 0, 2.22, 0 และ 0 ตามลำดับ³

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยค้นหาปัญหาที่คุกคามผู้ป่วย เพื่อกำหนดปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยตลอดจนวางแผนจำหน่ายเพื่อลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องป้องกันการเกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรคปอด ดังนั้น จึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นรายกรณีเปรียบเทียบกันสองราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความแตกต่างในเรื่อง เพศ อายุ ลักษณะภาวะสุขภาพเพื่อนำมาวิเคราะห์พัฒนาแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มีคุณภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย การคัดกรอง การรักษา การพยาบาลและการ

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารายกรณีนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนทราย ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 - 17 สิงหาคม 2566 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนทราย ระหว่างวันที่ 29 มีนาคม - 28 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

ประวัติสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลการตรวจร่างกายทั้ง 2 ราย พบความผิดปกติในผู้ป่วยทั้งสองรายที่เหมือนกัน คือ การตรวจร่างกายในระบบทางเดินหายใจ ทรวงอกและปอด พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีเสียง Fine crepitation ที่ปอดทั้งสองข้าง และภาพถ่ายรังสี พบ Multifocal nodular infiltration Rt lung with patchy infiltration and fibrosis Rt lower lung ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีเสียง Fine crepitation ที่ปอดทั้งสองข้างและภาพถ่ายรังสีพบว่า diffusereticulonodular infiltration middle and upper both lung ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อวัณโรคในปอด ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ประวัติสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไอมีเสมหะสีขาว มีน้ำมูก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้กินได้น้อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม เหนื่อย อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกข้างขวา เวลาไอมีไข้ ตอนเย็นทุกวันเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน	ไอแห้งๆ เป็นๆ หายๆ มีไข้ ตอนบ่าย หนาวสั่น หายใจเหนื่อย เบื่ออาหารกินได้น้อย น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการ และอาการแสดงชัดเจนต่างกันที่รายที่ 1 มีอาการไอมีเสมหะสีขาว แต่รายที่ 2 มีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ส่วนอาการต่างๆ ใกล้เคียงกัน เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เหนื่อย อ่อนเพลียมีไข้ ตอนบ่าย หรือตอนเย็น
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอมีเสมหะสีขาว เหนื่อยอ่อนเพลีย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสามขาได้ ยามารับประทานอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพนทราย	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น หายใจหอบ เหนื่อย ไอแห้งๆ จึงมาโรงพยาบาลโพนทราย	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีประวัติการเจ็บป่วยที่คล้ายกันเช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย มีไข้ และไอ ซึ่งเป็นอาการที่ต้องมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลโพนทราย
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เคยรับการรักษาโรควัณโรคปอด เมื่อปี 2561 รักษาครบ ต่อมสุราทุกวัน ไม่เคยป่วยเป็นโรค COVID-19 ไม่เคยแพ้ยาไม่เคยสูบบุหรี่	โรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามขา เป็นมา 10 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่เคยแพ้ยา เคยป่วยด้วยโรค COVID-19 เมื่อปี 2564	ผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีมีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค รายที่ 1 เคยป่วยเป็นวัณโรคปอด รักษา กินยาครบ มีประวัติดื่มสุราทุกวันจึงมีโอกาที่กลับเป็นซ้ำได้อีกเพราะร่างกายอ่อนแอ รายที่ 2 มีโรคประจำตัวเบาหวาน ซึ่งมีภูมิต้านทานต่ำจึงทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัวของบุคคลภายในครอบครัว	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ปฏิเสธโรคประจำตัวของบุคคลในครอบครัว แต่พบว่า รายที่ 1 มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในวงเหล้าเนื่องจากดื่มสุราร่วมกันทุกวัน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการแพ้ยา/ สารเคมี	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีประวัติแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีประวัติเคยผ่าตัด
ลักษณะครอบครัว และสิ่งแวดล้อมของ ครอบครัว	อาศัยอยู่กับสามี มีเพื่อนบ้าน ชอบดื่มสุราร่วมกัน	มีอาชีพทำนา มีภรรยาเป็น ผู้ดูแล มีบุตรแต่งงานแล้วแต่ อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน	ผู้ป่วย รายที่ 1 ชอบดื่มสุราและ มีเพื่อนที่ป่วยด้วยโรควัณโรค ชอบมาดื่มสุราร่วมกัน
การวินิจฉัยโรค	Pulmonary Tuberculosis	Pulmonary Tuberculosis	เป็นโรควัณโรคปอด รายที่ 1 เป็นวัณโรคกลับเป็นซ้ำจากการ สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค รายที่ 2 เป็นวัณโรคปอดทรายใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง

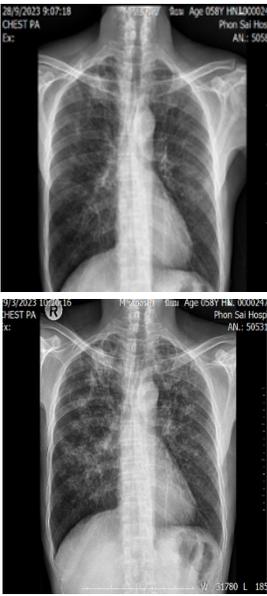
ตารางที่ 2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
เพศ อายุการศึกษา เศรษฐฐานะ	หญิงไทย 73 ปี จบ ป.4 ฐานะ ยากจนอาศัยอยู่กับสามีไม่ได้ ทำงานชอบดื่มสุรา	ชายไทยอายุ 57 ปี จบ ป.7 อาชีพทำนา ฐานะปานกลาง มีบ้านเป็นของตนเอง	ผู้ป่วยต่างเพศและมีอายุห่างกัน ระดับการศึกษามีผลต่อแนวทางการ รักษาการสื่อสารเข้าใจได้ รวดเร็วเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า รวมถึงเศรษฐฐานะผู้ป่วย รายแรกต้องอาศัยญาติในการ สื่อสารและการปฏิบัติตัว เช่น งดดื่มสุราส่วนรายที่ 2 เข้าถึง บริการด้วยตนเอง และเป็น หัวหน้าครอบครัวด้วยกลัวถูก สังคมตีตรา

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการ/ อาการแสดง	ไอมีเสมหะสีขาว มีน้ำมูก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ กินได้น้อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม เหนื่อยอ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอ มีไข้ ตอนเย็นทุกวันเป็นก่อนมา โรงพยาบาล 1 เดือน	ไอแห้งๆ เป็นๆ หายๆ มีไข้ ตอนบ่าย หนาวสั่น หายใจ เหนื่อย เบื่ออาหาร กินได้น้อย น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม เป็น ก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการและ อาการแสดงชัดเจนต่างกันที่ รายที่ 1 มีอาการไอมีเสมหะสีขาว รายที่ 2 ไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ส่วนอาการต่างๆ ใกล้เคียงกัน เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เหนื่อยอ่อนเพลีย มีไข้ตอนบ่าย หรือตอนเย็น
โรคประจำตัว	เคยป่วยเป็นวัณโรคปอดเมื่อ ปี พ.ศ.2561	DM/HT	ทั้ง 2 กรณีมีโรคประจำตัวที่เสี่ยง ต่อการเกิดวัณโรคมีภูมิคุ้มกันทาง ต่ำ รายที่ 1 เคยมีประวัติป่วยด้วย วัณโรคมาก่อนเมื่อร่างกาย อ่อนแอและได้รับเชื้อวัณโรค จากการสัมผัสสูราร่วมวงกับ ผู้ติดเชื้อวัณโรคจึงเกิดเป็น วัณโรคกลับเป็นซ้ำได้อีก รายที่ 2 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็น วัณโรคมากกว่าผู้ไม่เป็น DM 3 เท่า
การวินิจฉัย	Pulmonary Tuberculosis (TB) Xpert MTB ผล detected	Pulmonary Tuberculosis (TB) Xpert MTB ผล detected	เป็นวัณโรคปอดทั้ง 2 ราย รายที่ 1 เคยเป็นวัณโรคเมื่อ ปีพ.ศ.2561 พบเนื้อปอด patchy infiltrates และ Fibroreticular infiltrates ในผู้ป่วยกรณี ศึกษา รายที่ 2 พบเนื้อปอด reticulonodular

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
<p>พยาธิสภาพ</p>	<p>ปอดข้างขวา</p> 	<p>ปอดข้างขวา</p> 	<p>ทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอดซึ่งพบได้ 80% วัณโรคเป็น Airborne transmission เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยการกำจัดเสมหะ และอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกนัดติดตามผลโดยตรวจเสมหะเพื่อประเมินการแพร่กระจายเชื้อ</p>
<p>ยาที่ได้รับ</p>	<p>สูตร 2 HRZE/4HR -Pyrazinamide500mg 2X1 -Isoniazid 100mg 3X1 -Rifampicin450mg 1X1 -Ethambutol400mg 2X1</p>	<p>สูตร 2 HRZE/4HR -Pyrazinamide500mg3X1 -Isoniazid 100mg 3X1 -Rifampicin300mg 2X1 -Ethambutol500mg 2X1 +ยาเบาหวาน+ยาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับสูตรยารักษาวัณโรคผู้ป่วยใหม่ที่เชื้อไวต่อยา/ที่ยังไม่เคยรักษาหรือเคยรักษามาแล้วด้วย สูตรยา 2 HRZE/4HR ซึ่งขนาดของยาตามน้ำหนักตัว ซึ่งผู้ป่วยต้องมีวินัยในการ กินยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ ในการกินยาจนครบ เน้นการทำ DOT เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยการตรวจเลือดเพื่อศึกษาการทำงานของตับพบว่า รายที่ 1 มีค่า Albumin 3.9 Albumin 3.7g/dl, Total Protein 7.6 g/dl, ALP 154U/L แพทย์พิจารณาให้กินยาต่อเนื่องจากผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือเพิ่มขึ้นไม่เกิน 3 เท่า</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การวินิจฉัยทางการแพทย์	<p>1) มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB</p> <p>2) การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด</p> <p>3) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรค</p> <p>4) มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค</p> <p>5) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเรื่องการรักษาโรค</p> <p>6) มีภาวะพร่องโภชนาการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ</p>	<p>1) มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB</p> <p>2) การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด</p> <p>3) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเองขณะป่วย เป็นวัณโรค</p> <p>4) มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค</p> <p>5) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเรื่องการรักษาโรค</p> <p>6) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน Hyperglycemia/Hypoglycemia</p>	<p>มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 มีภาวะพร่องโภชนาการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากชอบดื่มสุราทุกวันและรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีปัญหาด้านการ ขบเคี้ยว</p> <p>รายที่ 2 มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น Hyperglycemia/Hypoglycemia พยาบาลให้ความรู้และแนะนำสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรค เช่น เบื่ออาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อยและช่วงที่ผู้ป่วยน้ำหนักตัวลดลง 10 กิโลกรัม จึงให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ขบเคี้ยว รายที่ 2 มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น Hyperglycemia/Hypoglycemia พยาบาลให้ความรู้และแนะนำสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรค เช่น เบื่ออาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และ ช่วงที่ผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
			รับยาวัณโรคมีน้ำหนักตัวลดลง 10 กิโลกรัม จึงให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันจึงทำให้ ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 73 ปี มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการเจ็บคอ ไอมีเสมหะสีขาว มีน้ำมูก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ กินได้น้อยเบื่ออาหาร น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม เหนื่อยอ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอ มีไข้ตอนเย็น ทุกวันเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน เคยมีประวัติเคยป่วยด้วยโรควัณโรคเมื่อปี 2561 รักษากินยาครบ 6 เดือน ชอบดื่มสุราทุกวันและร่วมวงดื่มสุรากับผู้ป่วยวัณโรค ทำให้กลับมาติดเชื้อวัณโรคอีกครั้งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรคว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงมากได้แก่ ผู้สูงอายุ มีภาวะพร่องโภชนาการ การดื่มสุรา การมีฐานะทางครอบครัวที่ยากจน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายและรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง² และสอดคล้องกับศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอด ในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรค 7.41 เท่าของกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรค⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนที่มีความดัชนีมวลกายปกติ⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา

แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมือง กรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยด้านบุคคล พบว่าการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และขาดการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยในชุมชน ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำและการแพร่ระบาดของวัณโรค⁶

1. ปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาพยาบาลประสบความสำเร็จ ได้แก่ การใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การศึกษานี้เป็นการพยาบาลรายกรณี (Case study) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพธาราย จะเห็นได้ว่าการประเมิน (Assessment) มีความสำคัญที่สุดและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะกำเริบและระยะพักฟื้น : กรณีศึกษา โดยใช้แบบประเมิน FANCAS ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อกำหนดปัญหาทางการพยาบาล เพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลวัณโรคลดอัตราการเสียชีวิตได้⁷

2. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะเริ่มการรักษา พบว่าบุคคลในครอบครัวและผู้ป่วย/ชุมชนมีความวิตกกังวล และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเพราะอยู่ในระยะ Active TB ผู้ป่วยกรณี

ศึกษาทั้ง 2 รายขาดความรู้ในการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคกล่าวว่า สามารถนำ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางการพัฒนาระบบงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและป้องกันวัณโรคในชุมชนได้ ดังนั้น การเสริมความรู้ให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ปิดปากปิดจมูก ที่ถูกต้องตลอดเวลาระหว่างการรักษา การล้างมือ การแยกห้องนอน การแยกของใช้ส่วนตัว การอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท ได้สะดวก การหมั่นทำความสะอาดพื้นนอน นำมาตากแดด ตลอดจนวิธีกำจัดเสมหะควรบ้วนเสมหะใส่ภาชนะ ที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วกำจัดโดยทิ้งในโถส้วม ไม่ควรบ้วนเสมหะหรือน้ำลายลงบนพื้นเพราะเสมหะที่แห้งสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ การเก็บเสมหะควรเก็บในโถงแจ่งมีแสงแดดส่องถึง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

จากการดูแลกรณีศึกษาทั้งสองรายซึ่งเป็นผู้ป่วยโรควัณโรคปอด พบว่า การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ และควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (PCT) ในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered-care) การดูแลรักษาแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เพื่อนำมากำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกปัญหา ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีจะต้องมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าแนวทางที่ปฏิบัตินั้นมีคุณภาพอย่างแท้จริง ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหรือการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอและพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย

เชื้อทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน การดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคปอด/วัณโรคคือยา การติดตาม กำกับการรับประทานยา (DOT) การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพร่างกายและปอด การวางแผนจำหน่าย ควรมีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะรายแบบองค์รวม (Case manager) ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยวัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเกิดความเสียหายขึ้นได้อย่างรวดเร็วจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหา กลับมาเป็นซ้ำควรมีการวางแผนจำหน่ายในกรณีผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องหรือผู้ป่วยได้รับเชื้อมาใหม่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. กองวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2564.
- รุ่งทิพา บุรเทพ. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 ราย [อินเทอร์เน็ต]. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง; เข้าถึงได้จาก : <https://www.rayonghospital.go.th/images/webpage/02642113d3518a.pdf>
- โรงพยาบาลโพธาราย. รายงานประจำปี 2566; 2566.
- วิศณุ นันทยเกื้อกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564; 28(2):53-62.
- สุขสมประสงค์ ดีไชรัมย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
- สุธิตา อิศระ, อรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในชุมชนเขตเมืองกรณีศึกษาในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563;40(2):148-62.

7. สุวิจักขณ์ เจนปิยพงษ์, ชมพูนุช เพชรวิเศษ, ณิชฐิตา เพชรประไพ, ศรัญญา จุฬาริ. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะกำเริบและระยะพักฟื้น : กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2566; 41(2):1-4.
8. อัญชลี จันทร์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วยวัณโรค. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(3):89-104.

ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่องต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย
และน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6
โรงเรียนบ้านแคน ตำบลจันทหาร อำเภोजันทหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

The effect of a weight loss program using a 9-square grid on knowledge,
exercise behavior and weight of students with overnutrition
at Ban Can Primary School, Changan district, Roi-et Province

จิระพรรณ ศรีหามิ*

Jeerapan Srihamee

Corresponding author: E-mail: Jeeratu.sim@gmail.com

(Received: October 12, 2023; Revised: October 20, 2023; Accepted: November 17, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และดัชนีมวลกายของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนบ้านแคน จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

วิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 18 คน เป็นนักเรียนที่มีคัดเลือกนักเรียนโดยใช้เกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตั้งแต่ห้าขึ้นไป เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่ใช้ประกอบด้วย การจัดอบรม บรรยายประกอบสื่อคู่มือ ความรู้โรคอ้วน การออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9 ช่อง และการบริโภคอาหาร รวมทั้งได้รับการกระตุ้นจากผู้ปกครอง การสนับสนุนข้อมูลจากนักวิจัย ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคอ้วน การออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9 ช่อง และการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น ($p < .001, .002, .001$) แต่ดัชนีมวลกายลดลง ($p = .004$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และดัชนีมวลกายลดลง ดังนั้นควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่

คำสำคัญ : โปรแกรมลดน้ำหนัก; ตาราง 9 ช่อง; ภาวะโภชนาการเกิน

ABSTRACT

Purposes : To find out the effects of health education program applying social support on Body Mass Index (BMI) and health promotion behaviors of overweight student (BMI $>25 \text{ kg/m}^2$) at Ban Can School, Roi-et Province.

Study Design : Quasi - experimental study.

Materials and Methods : The subjects were assigned to an experimental group 18 persons who received the health education activities which were lectures with media, flip charts, a food model, a model presentation, exercise by 9-square grid and got the motivation from parent. Data were collected using a questionnaire before and after experiment and were analyzed using percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

Main findings : It was found the experimental group showed mean health promotion behaviors check-ups in the areas of knowledge of obesity, exercise by 9-square grid and food consumption at the high level which significantly increased from before the experiment ($p < .001, .002, .001$). But BMI decreased from before the experiment ($p = .004$).

Conclusion and recommendations : This research indicated that: the sample had increased health behaviors and Body mass index was decreased, therefore, it should be applied in the next area.

Keywords : Weight loss program; 9-square grid; Overnutrition

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้มีการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูง ทั้งนี้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง เด็กที่มีภาวะสะสมของไขมันที่ผิดปกติหรือมากเกินไป ซึ่งทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ¹

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า ค่าดัชนีมวลกายในเด็ก 5-19 ปี มีจำนวน 130 ล้านคนจากทั่วโลก มีเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่าในช่วง 40 ปีที่ผ่านมาและได้มีเด็กอ้วนทะลุถึง 120 ล้านคนทั่วโลก ภายในปี 2016 จาก 11 ล้านคนเมื่อปี ค.ศ. 1975² เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 11.4 มีกิจกรรมทางกายน้อยมากเพียงร้อยละ 27³

สถานการณ์เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนในแต่ละเขตสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกันจาก ปี พ.ศ. 2560 - 2565 โดยพบว่า เขตสุขภาพ 1,2,3,4,5,6 และ 11 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เกินค่าเป้าหมายร้อยละ 10 ของทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าเขตสุขภาพ 4 มีความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด ร้อยละ 17.9 และเขตสุขภาพ 7 พบความชุกของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนน้อยที่สุด ร้อยละ 9.5 รองลงมา ได้แก่เขตสุขภาพ 9 และเขตสุขภาพ 10 พบที่ร้อยละ 11.8 และ 10.7 ตามลำดับ⁴

เด็กนักเรียนโรงเรียนในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด ระดับชั้นประถมศึกษา 1 - 6 ปี พ.ศ.2564 - 2566 พบว่านักเรียนในกลุ่มดังกล่าวเริ่มอ้วนและเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 11.78, 19.80 และ 11.01 เด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านแคน ตำบลจันทาร ระดับประถมศึกษาปีที่ 1- 6 ปีพ.ศ. 2564 - 2566 พบว่านักเรียนในกลุ่มดังกล่าวเริ่มอ้วนและเป็นโรคอ้วนจำนวน 17, 16 และ 18 คนตามลำดับ⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเกิดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กนั้นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่องค์ประกอบของร่างกายที่ไม่ดี เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายสูง มวลกล้ามเนื้อลดลง ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมทำให้แยกตัวออกจากครอบครัว เพื่อน ขาดความมั่นใจ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผล

ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินควรได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วที่สุด ก่อนที่จะสายเกินไป ซึ่งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดโปรแกรม และหาวิธีการออกกำลังกายที่สนุกเหมาะสมร่วมด้วย จะทำให้เกิดประสิทธิผล เช่น การออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9 ช่องสามารถลดปัจจัยเสี่ยงโรคทางสุขภาพต่างๆได้ ลดค่าใช้จ่ายลงได้ สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ขยายผลไปสู่การปฏิบัติยังโรงเรียนข้างเคียงได้ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและหามาตรการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก เพราะการป้องกันไม่ให้เกิดอ้วนเท่ากับเป็นการลดจำนวนประชากรผู้ใหญ่อ้วน และยังเป็นกรลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะโภชนาการเกินด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่องในนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) คัดเลือกนักเรียนโดยใช้เกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตั้งแต่ตัวม้วนขึ้นไป เป็นกลุ่มทดลอง 18 คนเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีภาวะโภชนาการเกินและกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 โรงเรียนบ้านแคน ตำบลจันทาร อำเภอจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 18 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ตามเกณฑ์เข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมลดน้ำหนัก บรรยายประกอบสื่อคู่มือ ความรู้โรคอ้วน การออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9 ช่อง และการบริโภคอาหาร รวมทั้งได้รับการกระตุ้นจากผู้ปกครอง การสนับสนุนข้อมูลจากนักวิจัย และใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย หมายเลข
ข้อเสนอการวิจัย HE 2565-12-16-071 รับรองเมื่อวันที่ 1
ธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์
โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.20) มีอายุ 11 ปี (ร้อยละ 27.78)

รองลงมาอายุ 8 ปีและ 10 ปี (ร้อยละ 22.22) มีน้ำหนักอยู่
ระหว่าง 61-70 กก. (ร้อยละ 44.44) มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง
141-150 ซม. (ร้อยละ 50.00) และมีดัชนีมวลกายอ้วน
(ร้อยละ 66.67) รองลงมา คือ ท้วมและอ้วนมาก (ร้อยละ
16.67) ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 5 (ร้อยละ 27.78) รองลงมา คือ ชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 2 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 22.22) ผู้ปกครอง
มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.67) และรับจ้าง/ค้าขาย
(ร้อยละ 33.33) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=18)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ	ชาย	13(72.20)	
	หญิง	5(27.80)	
อายุ	8 ปี	4(22.22)	
	9 ปี	3(16.67)	
	10 ปี	4(22.22)	
	11 ปี	5(27.78)	
	12 ปี	2(11.11)	
	น้ำหนัก	40-50 กก.	5(27.78)
51-60 กก.		4(22.22)	
61-70 กก.		8(44.44)	
71-80 กก.		1(5.56)	
ส่วนสูง	120-130 ซม.	2(11.11)	
	131-140 ซม.	2(11.11)	
	141-150 ซม.	9(50.00)	
	151-160 ซม.	5(27.78)	
ดัชนีมวลกาย	ท้วม	3(16.67)	
	อ้วน	12(66.66)	
	อ้วนมาก	3(16.67)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ป.2	4(22.22)
ป.3	3(16.67)
ป.4	4(22.22)
ป.5	5(27.78)
ป.6	2(11.11)
อาชีพผู้ปกครอง	
รับจ้าง/ ค้าขาย	6(33.33)
เกษตรกรกรม	12(66.67)

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคอ้วน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$); มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการทดลอง ($p = .002$); มีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนการทดลอง และดัชนีมวลกลายน้อยกว่าก่อนการทดลอง ($p = .004$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคอ้วน พฤติกรรม การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกลาย ก่อนและหลังการทดลอง ($n=18$)

ด้าน	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคอ้วน	5.78(2.13)	7.33(1.88)	4.507	<.001
การออกกำลังกาย	5.50(2.30)	6.94(1.80)	3.63	.002
การบริโภคอาหาร	19.94(3.15)	24.61(4.27)	4.28	.001
ดัชนีมวลกลาย	27.59(3.77)	25.83(3.70)	3.376	.004

วิจารณ์

ผลการจัดโปรแกรมโปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้ตาราง 9 ช่อง ในนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคอ้วน รวมทั้งพฤติกรรม การออกกำลังกายในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรม การออกกำลังกายก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมกรม

บริโภคอาหาร ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับเหมาะสม เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ส่วนดัชนีมวลกลายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง อยู่ในระดับอ้วน โดยมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกลายลดลงจากก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย กัลยาวุฒิ และคณะ⁷ ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วย ตาราง 9 ช่องที่มีต่อองค์ประกอบของร่างกายและคุณภาพ

ชีวิตในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อายุ 10-12 ปี จำนวน 38 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 19 คน ใช้วิธีการจับคู่ กลุ่มควบคุมใช้ชีวิตตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 60 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ ทดสอบองค์ประกอบของร่างกายและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงมีมวลน้ำหนักตัวไม่รวมไขมัน มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิต ฉบับของเด็กสองกลุ่มไม่ต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิต ฉบับผู้ปกครองกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และยังสอดคล้องกับวัชรินทร์ เลิศนอก⁶ ได้ศึกษาผลของการฝึกตาราง 9 ช่องที่มีต่อทักษะการเคลื่อนไหว พื้นฐานของนักเรียนกลุ่มบกพร่องทางการเรียนรู้โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่ผ่านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกตามเกณฑ์ประกาศของกระทรวง ศึกษาธิการที่กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียนบ้านปางละกอ ปีการศึกษา พ.ศ. 2559 อายุ 9-10 ปี จำนวน 9 คน ชาย 4 คน หญิง 5 คน วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทำการทดสอบก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์โดยเครื่องมือคือโปรแกรมการฝึกตาราง 9 ช่อง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบทดสอบการเคลื่อนไหวพื้นฐานประกอบด้วย แบบวัดทักษะการเคลื่อนไหวแบบอยู่กับที่ แบบวัดทักษะการเคลื่อนไหวประกอบอุปกรณ์ พบว่า ผลของการฝึกการเคลื่อนไหวบนตาราง 9 ช่อง ทำให้เกิดความสามารถในการเคลื่อนไหวพื้นฐานของเด็ก นักเรียนกลุ่มบกพร่องทางการเรียนรู้ มีพัฒนาการที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งการเคลื่อนไหวแบบอยู่กับที่ การเคลื่อนไหวแบบเคลื่อนที่ และการเคลื่อนไหวประกอบอุปกรณ์

การที่ผลการศึกษาปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมลดน้ำหนักที่ได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคอ้วน คู่มือ เอกสาร การจัดอบรม และการออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9 ช่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดอยู่ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมทั้งในระหว่างการจัดกิจกรรม

ผู้วิจัยและผู้ปกครองได้ช่วยกันกระตุ้น และพูดคุยเพิ่มเติม ทั้งในแง่การสรุปประเด็นที่สำคัญในการปฏิบัติ การโต้ตอบ ซักถาม และให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม ได้ก่อให้เกิดความตระหนักแก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรหลานในกลุ่มทดลองถึงแม้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ลดลงอาจยังไม่มากถึงขั้นเปลี่ยนมาเป็นระดับปกติ แต่ก็มีแนวโน้มลดลง อาจเพราะระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาไม่นาน และเด็กในวัยนี้มีอัตราการเจริญเติบโตแบบก้าวกระโดด และที่สำคัญยังไม่สามารถยับยั้งซึ่งใจในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้รวมทั้งพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์ในปัจจุบัน ทำให้เด็กในวัยนี้ติดหน้าจอไม่ค่อยได้ขยับ อย่างน้อยงานวิจัยนี้ก็ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมทางกายในการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 จากการวิจัยระดับความรู้ในการป้องกันแก้ไขภาวะอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเร่งรัดการเผยแพร่ความรู้ และช่องทาง และสื่อต่าง ๆ สู่อสถานศึกษาและผู้เกี่ยวข้อง

1.2 จากการวิจัยพบว่า การที่ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะโภชนาการรวมทั้งให้การกระตุ้นในการปฏิบัติ ร่วมกับสถานศึกษาและบุคลากรสาธารณสุข ช่วยส่งเสริมและทราบความก้าวหน้าในการควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷

2. ข้อเสนอแนะในการทดลองครั้งต่อไป

2.1 สำหรับผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอน

1) สถานศึกษาควรกำหนดเป็นนโยบายในการป้องกันภาวะอ้วนโดยการส่งเสริมและบูรณาการเข้าสู่หลักสูตรการเรียนในทุกชั้นปี และในการป้องกันควรปลูกฝังตั้งแต่ระดับอนุบาลเพื่อเป็นการปลูกฝังทัศนคติที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการศึกษา

2) การจัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาเด็กที่มีภาวะอ้วนควรดำเนินการโดยมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษา บุคลากรสาธารณสุขและผู้ปกครองเพื่อกำหนดการปรับพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกัน

3) รูปแบบการสนับสนุนของสถานศึกษาและบุคลากรสาธารณสุข และผู้ปกครองควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยในกลุ่มที่ยังไม่เกิดภาวะอ้วนเป็นนักเรียนกลุ่มใหญ่และดำเนินการได้ง่ายโดยการให้ผู้ปกครองได้ทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังติดตามประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

4) การปรับเปลี่ยนปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดภาวะอ้วนในสถานศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษามีบทบาทสำคัญ เช่น การกำหนดให้ไม่จำหน่ายน้ำอัดลมและขนมหวาน ในสถานศึกษา การไม่จำหน่ายขนมกรุบกรอบ การส่งเสริมให้สถานศึกษาจำหน่ายผลไม้และน้ำผลไม้ตามฤดูกาล เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกในการบริโภคอาหารให้กับนักเรียน

2.2 ข้อเสนอแนะของบุคลากรสาธารณสุข

ควรมีการประเมินติดตามผลในระยะยาว ว่ามีความคงอยู่ของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อนักเรียนหรือไม่ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี โนอินทร์. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18:2-8.
- World Health Organization. The world health report 2002 reducing risks promoting healthy life. Switzerland; 2002.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/rcenter/fulltext/20201001173726_817/20201002103021_2150.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ตรวจราชการ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/webupload/6x22caac0452648_c8dd-1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/1.11AssessmentRound2-2565.pdf
- รายงานมาตรฐานกลาง 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.
- วัชรินทร์ เลิศนอก. ผลของการฝึกตาราง 9 ช่องที่มีผลต่อทักษะการเคลื่อนไหวพื้นฐานของนักเรียนกลุ่มบกพร่องทางการเรียนรู้ [วิทยานิพนธ์]. สุพรรณบุรี: มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ; 2560.
- อรทัย กัลยาวุฒิ, ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางตั้งเต้ที่มีผลต่อองค์ประกอบของร่างกาย และคุณภาพชีวิตในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2565;10:192-207.

การพัฒนาาระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Linking Service System Between Emergency Care and Continuum Care at District Level Phonsai District Roi-Et Province

พุทธิรักษ์ อินทร์ห้างหว้า*

Puttharak Inhangwa

Corresponding author: E-mail: poodum25502513@gmail.com

(Received: November 1, 2023; Revised: November 8, 2023; Accepted: December 12, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบ และเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ด้านการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการจัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินในการดูแลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ

รูปแบบการวิจัย : วิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ระยะเวลา 1 ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานรับ - ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอโพธาราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 ราย ระยะเวลา 2 และ 3 ระยะเวลาดำเนินการและระยะประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอโพธาราย จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบประเมินความเป็นไปได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Signed Ranks Tests

ผลการวิจัย : ระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ และ 2) การจัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินในการดูแลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ และผลลัพธ์จากการนำโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (90%) และเห็นว่าโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (100%) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการประเมินระดับวิกฤตของผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการส่งต่อที่พัฒนามีการเชื่อมโยงและสามารถดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินให้ได้รับบริการอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และของเวชระเบียนมีความสมบูรณ์อย่างถูกต้องครบถ้วน

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งต่อ; การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน; การดูแลต่อเนื่อง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธาราย

ABSTRACT

Purposes : To develop system and compare the knowledge scores and satisfaction of working staff. In terms of patient referral before and after organizing training in the use of screening and assessment tools in integrated emergency patient triage.

Study design : This research and development

Material and Methods : Phase 1 : Situation Analysis Phase The sample group consisted of relevant officials. By receiving and transferring patients from hospitals in the Phon Sai District area. Selected using a Purposive Sampling, 15 cases. Phases 2 and 3 were the implementation and evaluation phases of the sample group. Staff working to refer patients to hospitals in Phon Sai District, 10 cases. Collected data using questionnaire, test and Evaluation of the feasibility. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon signed rank test.

Main findings : This research had resulted in a seamless service linkage system for caring for emergency patients. Medical and public health and continuing care at the district level It consists of 2 main parts: 1) developing a district-level medical and public health emergency patient referral program and 2) organizing training in the use of screening and evaluation tools in integrated care and triage of emergency patients. Results from using the developed program, it was found that the sample group was visually satisfied with using the program. Included at a high level Accounted for 90 percent and were of the opinion that the emergency patient referral program medical and public health at district level have overall feasibility of use at a high level, accounting for 100%. And the sample group had high knowledge scores in assessing the critical level of emergency patients, than before receiving training with statistical significance ($p < .01$).

Conclusion and recommendations : The developed referral project was linked and able to care for patients with emergency services quickly, effective had accurate and complete medical records.

Keywords : Referral program; Emergency care; Continuum care

บทนำ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room : ER) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตประชาชนมีหน้าที่หลักในการให้บริการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายหรือคุกคามชีวิต ดังนั้น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีความพร้อมตลอดเวลาและสามารถดำเนินการต่างๆ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และปลอดภัย เพราะระยะเวลาที่ผ่านไปในแต่ละนาที หมายถึงโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือเกิดความพิการเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้ เป้าหมายการพยาบาลหรือประเด็นระบบการรักษายาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) ตามมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ จะต้องประกอบด้วย 4 ระบบ คือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) ระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง 4 ระบบจะต้องทำงานเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน¹

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดยุทธศาสตร์ ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายโดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่ก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลาง เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs by 2030) ประเด็นปฏิรูปคณะรักษาความสงบแห่งชาติ 11 ด้าน นโยบายรัฐบาล 10 ข้อ ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2559 ร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) การบูรณาการระดับชาติ การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มากำหนดนโยบายทิศทาง

เป้าหมาย ยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาวในด้านสาธารณสุข อันประกอบด้วย 16 แผนงาน 48 โครงการ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้ มีมาตรฐานในทุกระดับ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมายและพัฒนาาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อให้เป็นมาตรฐานในสถานพยาบาลทุกแห่งโดยส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพด้วยความเสมอภาคและทั่วถึงหากเป็นโรคที่ซับซ้อนเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลจะต้องมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนมีอาการคงที่แล้วต้องมีระบบส่งผู้ป่วยกลับไปสถานพยาบาลต้นทางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและรับการรักษาต่อเนื่อง²

โรงพยาบาลโพ้นทรายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในความรับผิดชอบ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพ้นทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหาดยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามขา ที่ผ่านมาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลจะใช้วิธีการโทรศัพท์เพื่อประสานส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลายทางเมื่อโรงพยาบาลปลายทางรับการส่งต่อจะมีการใช้วิธีการเขียนใบส่งตัวผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและควรได้รับการดูแลต่อเนื่องอีกครั้งส่งผลให้การประสานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นไปอย่างล่าช้าและขาดประสิทธิภาพดังเห็นได้จากปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของชุมชนและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล กล่าวคือ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชนยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานและการเข้าถึงความรู้เรื่องอาการแรกเริ่มของโรคหรือภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์น้อย สำหรับปัญหาของ

ส่วนเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน พบว่า การได้รับข้อมูลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุล่าช้า รวมถึงยังขาดความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลรวมถึงการกระจายข้อมูลในภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบันตามเวลาเกิดเหตุจริงจากรายงานผลการดำเนินงานของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธาราย ในปี พ.ศ. 2565³ พบว่า จากจำนวนการเกิดเหตุฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล 658 ครั้ง มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 47.56 มีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ไม่ครอบคลุมร้อยละ 52.43 เกิดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ร้อยละ 34.52 ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้รับการบริการที่เหมาะสม ปลอดภัย และรวดเร็วตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบ และเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ด้านการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการจัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินในการดูแลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอโพธาราย โดยทำการศึกษาดังแต่เดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเวลาที่สถานการณ์

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานรับ - ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานรับ - ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 ราย ประกอบด้วย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ราย พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 ราย พยาบาลแผนกผู้ป่วยในจำนวน 2 ราย นักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 ราย เจ้าหน้าที่งานบริการปฐมภูมิ 3 ราย และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 ราย โดยมี คุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย
2. ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงเดือน มกราคม - พฤศจิกายน 2565
3. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก

1. มีการโยกย้าย/เปลี่ยนจุดปฏิบัติงาน
2. ไม่สะดวกเข้าร่วมการศึกษา
3. ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธาราย

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและระยะประเมินผล

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอโพธารายจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ หน่วยงานที่สังกัด ประสบการณ์

ในการทำงานในห้องฉุกเฉินและประสบการณ์ทำงานด้านการส่งต่อผู้ป่วย

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดย ดัดแปลงมาจากเครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินของ กรมการแพทย์⁴ และดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) ของหน่วยบริการสุขภาพและมนุษย์⁵ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ที่มารับการรักษา จำนวน 10 ข้อ

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอโพธาราย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) การรักษาผู้ป่วย 3) การส่งต่อข้อมูลและ 4) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 18 ข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอโพธาราย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้งาน 2) ความปลอดภัยของข้อมูล และ 3) ประสิทธิภาพในการทำงาน รวมทั้งหมด 15 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอโพธาราย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนแผนความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการจัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินในการดูแลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Tests)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0962566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระยะวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานรับ - ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 15 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.33%) มีอายุระหว่าง 40-44 ปี (Mean =45.60 SD. = 9.74) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (46.70%) อย่างละเท่าๆ กัน สำหรับประสบการณ์ในการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในห้องฉุกเฉิน (Mean=22.27, SD.=8.72) และประสบการณ์การทำงานด้านการส่งต่อผู้ป่วย (Mean=4.93, SD.=5.51) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	4(26.67)
หญิง	11(73.33)
อายุ (Mean = 45.60, SD. = 9.74, Min;Max = (25;58))	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
25-29 ปี	1(6.67)
30-34 ปี	2(13.33)
40-44 ปี	4(26.67)
45-49 ปี	2(13.33)
50 ปีขึ้นไป	6(40.00)
หน่วยงานที่สังกัด	
โรงพยาบาลโพนทราย	7(46.67)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	7(46.67)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนทราย	1(6.66)
ประสบการณ์การทำงานในห้องฉุกเฉิน (Mean= 22.27, SD. = 8.72, Min;Max = (3;33))	
ต่ำกว่า 5 ปี	1(6.67)
10-14 ปี	2(13.33)
15-19 ปี	1(6.67)
20-24 ปี	3(20.00)
25-29 ปี	5(33.33)
30 ปีขึ้นไป	3(20.00)
ประสบการณ์ทำงานด้านการส่งต่อผู้ป่วย (Mean= 4.93, SD. = 5.51, Min;Max = (0;15))	
ต่ำกว่า 5 ปี	8(53.33)
5-9 ปี	1(6.67)
10-14 ปี	5(33.33)
15-19 ปี	1(6.67)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระยะดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างที่นำระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอไปใช้ คือ พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง ในอำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 40-44 ปี (Mean=43.90, SD.=4.56)

ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (60.00%) สำหรับประสบการณ์ในการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 9.50 ปี (SD.=4.60) และประสบการณ์การทำงานด้านการส่งต่อผู้ป่วย เฉลี่ย 3.80 ปี (SD. = 3.61) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระบะดำเนินการ (n=10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	10(100.00)
อายุ (Mean= 43.90, SD. = 4.56, Min;Max = (38;52))	
35-39 ปี	1(10.00)
40-44 ปี	5(50.00)
45-49 ปี	2(20.00)
50 ปีขึ้นไป	2(20.00)
หน่วยงานที่สังกัด	
โรงพยาบาลโพนทราย	4(40.00)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6(60.00)
ประสบการณ์การทำงานในห้องฉุกเฉิน (Mean= 9.50, SD. = 4.60, Min;Max = (2;20))	
ต่ำกว่า 5 ปี	1(6.70)
10-14 ปี	2(13.30)
15-19 ปี	1(6.70)
20-24 ปี	3(20.00)

ส่วนที่ 2 ระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ

จากการศึกษาสถานการณ์และแนวทางในการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ พบว่า การที่ระบบจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องพัฒนาทั้งศักยภาพของผู้ใช้ระบบและเทคโนโลยีที่จะช่วยให้การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอจึงประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ

1) การพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอและ 2) การจัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินในการดูแลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นโปรแกรมที่ พัฒนาขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลโพนทรายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 5 แห่ง ได้นำไปใช้เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น โดยผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงโปรแกรม

HosxP PCU โดยการใช้งาน ดังนี้

1.1 ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ ผู้ใช้แต่ละคนจะต้องทำการลงทะเบียนเข้าสู่ระบบโดยกรอก User และ Password ของระบบ HosxP PCU ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



ตำบลแต่ละแห่ง โดย User และ Password ที่ใช้ในการเข้าถึงโปรแกรมจะเป็นอันเดียวกันกับของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเดิมซึ่งได้มาจาก Admin ของหน่วยงานนั้น ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 แสดงหน้าหลักของโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเห็นว่าโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความเป็นไปได้

เกี่ยวกับด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ด้านการส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและด้านการรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (100.00%, 100.00%, 90.00% และ 80.00%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ (n=10)

หัวข้อ	ระดับความเป็นไปได้		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	10(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
ด้านการรักษาผู้ป่วย	8(80.00)	2(20.00)	0(0.00)
ด้านการส่งต่อข้อมูล	10(100.00)	0(0.00)	0(0.00)
ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	9(90.00)	1(10.00)	0(0.00)
ผลโดยรวม	10(100.00)	0(0.00)	0(0.00)

ส่วนที่ 3 ผลการนำระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอไปใช้ ภายหลังได้รับการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้

ในการประเมินระดับวิกฤตผู้ป่วยตาม แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage)⁴ สูงกว่าก่อนได้ รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.887$; $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบคะแนนความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังการจัดอบรม (n=10)

ระยะการทดลอง	คะแนนความรู้		Z	P
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ก่อนการจัดอบรม	8.80	0.632	-2.887	.004
หลังการจัดอบรม	9.80	0.422		

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (90.00%) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ

ในด้านการใช้งานด้านความปลอดภัยของข้อมูลและด้านประสิทธิภาพการทำงานอยู่ในระดับมาก (70.00%, 80.00% และ 90.00%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ (n=10)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ด้านการใช้งาน	7(70.00)	3(30.00)	0(0.00)
ด้านความปลอดภัยของข้อมูล	8(80.00)	2(20.00)	0(0.00)
ด้านประสิทธิภาพในการทำงาน	9(90.00)	1(10.00)	0(0.00)
ผลโดยรวม	9(90.00)	1(10.00)	0(0.00)

วิจารณ์

ผลการศึกษพบว่า ระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ 1) การพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ และ 2) การจัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินในการดูแลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ ภายหลังการจัดอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินในการดูแลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการประเมินระดับวิกฤตของผู้ป่วยฉุกเฉิน

สูงกว่าก่อน ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ภายหลังการนำโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาเวลา 2 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอในภาพรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในด้านการใช้งานด้านความปลอดภัยของข้อมูลและด้านประสิทธิภาพการทำงานอยู่ในระดับมาก (70.00%, 80.00% และ 90.00%) ตามลำดับนอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง

ทุกคนมีความเห็นว่าโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุขระดับอำเภอมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า มีความเป็นไปได้เกี่ยวกับด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ด้านการส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและด้านการรักษาผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (100.00%, 90.00% และ 80.00%) ตามลำดับ ซึ่งอาจเกิดจากโปรแกรมการส่งต่อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างหลากหลายประกอบกับการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นบริบทของพื้นที่และพัฒนาโปรแกรมที่มีองค์ประกอบเพื่อวัตถุประสงค์ที่ตรงอย่างครบถ้วน เช่น การให้ความรู้บุคลากรโดยทุกคนมีบทบาทในการเสนอข้อคิดเห็นในการออกแบบโปรแกรมการส่งต่อเต็มที่เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างแนวทางการส่งต่อจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ส่งต่อทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเข้าใจ ขั้นตอนจึงส่งผลให้โปรแกรมการส่งต่อมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ จณิสตา ป้องคำลา และอารี บุตรสอน⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพผลการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความรู้เรื่องการส่งต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ความถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย ความทันเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ ชัดแก้ว⁷ ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยโรงพยาบาลแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนมาตรฐานเชิงโครงสร้างการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในรพพยาบาลพร้อมใช้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และบุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อมและมีจำนวนเพียงพอในการส่งต่อผู้ป่วย กรณีกา ธนไพโรจน์ และคณะ⁸ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า หลังจากได้

รับโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วย SBAR แล้วระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงร้อยละ 54.55 และความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ชัญญาภัก วิจิตรณ⁹ ศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยด้านระยะทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับระยะเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r=0.46$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุเข้าถึงบริการสุขภาพเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล ($\chi^2=14.22$) ผลการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน 10 ขั้นตอนดังนี้ 1) การรับแจ้งเหตุ 2) การส่งการออกปฏิบัติงาน 3) การนำรถออกปฏิบัติงาน 4) การปฏิบัติการเมื่อถึงจุดเกิดเหตุ 5) ปฏิบัติการช่วยเหลือชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 6) การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากจุดเกิดเหตุ 7) นำผู้บาดเจ็บส่งต่อโรงพยาบาล 8) การดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล 9) การส่งต่อผู้บาดเจ็บเมื่อถึงโรงพยาบาล และ 10) การปฏิบัติเมื่อกลับถึงฐานโดยระยะเวลาในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย ตามแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุแบบใหม่ แตกต่างกับแนวทางแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านการเชื่อมต่อ (Application Programming Interface: API)

1.1 ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับอำเภอ ให้มีการส่งต่อข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในพื้นที่ในส่วนอื่น ๆ เช่น ข้อมูลประวัติการแพทย์โรคประจำตัว กลุ่มเสี่ยง เนื่องจากในโปรแกรมของโรงพยาบาลลูกข่าย (HOSxP PCU) ยังมีการเชื่อมต่อข้อมูลไม่ครบ

1.2 ควรปรับปรุงด้านการตอบสนองการจัดการด้านระยะเวลา โดยแสดงระยะเวลาการลงข้อมูลการเข้าถึงและการมารับบริการจากโรงพยาบาลต้นทางไปสถานพยาบาลปลายทาง (Response Time) ก่อนการส่งต่อ (Refer) เพื่อชี้ให้เห็นถึงการประกันเวลาและเพื่อให้เป็นแนวทางการมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นไปในทางเดียวกัน

2. ด้านการแสดงผลของเว็บไซต์หลัก

2.1 ควรเพิ่มรูปแบบการแจ้งเตือน Pop Up หน้าหลัก เพื่อแสดงให้เห็นถึงการเตือนการตอบรับ ข้อมูลจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลปลายทางโดยใช้ภาษาอักษร และสัญลักษณ์ที่ชัดเจนเข้าใจง่ายและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2.2 ควรเพิ่มข้อมูลรายการเก็บตัวชี้วัด ในการดึงรายงานจากข้อมูลในโปรแกรมให้ครบตาม เป้าหมาย

3. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1 ควรนำโปรแกรมการส่งต่อที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในทุกโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อ ประเมินประสิทธิผลและเกิดการต่อยอดการพัฒนาโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อนำไปสู่การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

3.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการส่งต่อกับโปรแกรมหรือนวัตกรรมอื่นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

3.3 ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อหาแนวทางสร้างนวัตกรรมหรือวิธีการใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ทศนีย์ บุญเป็ง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด; 2564.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติคณะรัฐมนตรี; 2561.

3. โรงพยาบาลโพธิ์ทราย. รายงานประจำปี 2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลโพธิ์ทราย; 2566.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการการแพทย์ กรมการแพทย์; 2561.
5. Rahman N H, Tanaka H, Shin S D, Ng Y Y, Piyasuwankul T, Lin C H, et al. Emergency medical services key performance measurement in Asian cities. International Journal of Emergency Medicine 2014.
6. จนิสตา บ็องคาลา, อารี บุตรสอน. ผลของโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลนัยีน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(3):811-26.
7. นงลักษณ์ ชัดแก้ว. ผลของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยโรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร์. วารสารโรงพยาบาลแพร์. 2561; 26(1):8-22.
8. กรรณิกา ธนไพโรจน์, สุคนธ์ ไขแก้ว, สมพันธ์ วิทยชีระนนท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสอาร์ทีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2561;14:9-24.
9. ชัญญาภักดิ์ วิจารณ์. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(4):219-29.

การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย Counseling for teenage pregnant women infected with HIV : Two Case Studies

ทวารรัตน์ โคตรภูเวียง*

Thawarat Khotphuwiang

Corresponding author: E-mail: nong1272@gmail.com

(Received: November 2, 2023; Revised: November 9, 2023; Accepted: December 13, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่มารับการรักษาที่คลินิกติดเชื้อโรงพยาบาลขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินอาการพร้อมแผนการรักษา พร้อมการสังเกตโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลแบบแผนสุขภาพร่วมกับทฤษฎีให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา แนวคิดการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แนวคิดการให้การปรึกษารอบครอบครัวที่เน้นประสบการณ์และมนุษยนิยม เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ผลการศึกษา : ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยสองรายสิ่งที่เหมือนกันคือเป็นหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ร่วมกับมีการติดเชื้อเอชไอวี แต่คู่สมรสไม่ติดเชื้อ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและบุตรการเลี้ยงดู การแจ้งผลเลือดแก่คู่สมรสรวม และมารดากลัวความลับถูกเปิดเผยและสังคมรังเกียจการจัดการตนเองเมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจต้องการคำปรึกษาและต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้การปรึกษารายบุคคลคู่และรวมทั้งครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพทีมพร้อมเครือข่ายให้เข้มแข็งเป็นแนวทางในการประเมินและดูแลรักษาในกลุ่มดังกล่าวข้างต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นกระบวนการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยอย่างมีขั้นตอน ครอบคลุมเหมาะสมของพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยบุตรคู่สมรสพร้อมครอบครัวได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษา; การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น; ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ABSTRACT

Purposes : To study the counseling process for teenage pregnant women infected with HIV.

Materials and Methods : This were a case study of two patients to compare teenage pregnant women infected with HIV who received treatment at an HIV clinic Khon Kaen Hospital. Collect data using patient information recording from outpatient medical records. Taking patient and family history, evaluate symptoms from pathological conditions signs and symptoms, treatment and nursing diagnosis, analyzing data and Gordon's health model was conceptual framework for the study by theory of psychological counseling, the concept of person-centered counseling, the concept of family counseling that emphasizes experience and humanism and nursing theory.

Main findings : Two patients were compared. What they have in common was that they were teenage girls who were pregnant and infected with HIV but the spouse of the pregnant woman was not infected. Patients and families were worried about the health of both the patient and their children, fearing that their children will be infected. Afraid of giving birth unsafe Notification of blood results to spouses and mothers, raising children afraid of secrets being revealed and being shunned by society. Self-management when stressed. Worried about having a cesarean section. Need advice and help In addition, there was the matter of treatment. Therefore, nurses have a role in providing counseling to whole family, listening and giving encouragement. He was also the coordinator of cooperation between health team and Network personnel. By participating in decision making and respecting the rights of patients.

Conclusion and recommendations : This case study shows the step-by-step process of counseling and caring for patients. Appropriate coverage of nurses this will result in patients, children, spouses and families. Receive continuous care and adjust to living in society appropriately.

Keyword : Counseling; Teenage pregnancy; Infected with HIV/AIDS

บทนำ

ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาจากกรณีที่มีเยาวชนติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น โดยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น อยู่ในกลุ่มเยาวชนอายุตั้งแต่ 15 ถึง 24 ปีนั้นเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และตั้งครรรภ์โดยไม่พึงประสงค์มากที่สุดจากการมีค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป คือคู่ชายหญิงที่คบหากันนิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน¹ การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy หรือ Adolescent pregnancy) หมายถึง การตั้งครรรภ์ในผู้หญิงที่มีอายุ 10-19 ปี² นับอายุของผู้หญิงตั้งครรรภ์จนถึงวันคะเนกำหนดวันคลอด (Expected date of confinement: EDC) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรรภ์ได้สูงกว่าการตั้งครรรภ์ทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรุตยารองเลื่อน และคณะ³ พบว่า หญิงวัยรุ่นตั้งครรรภ์ที่เกิดจากความไม่พร้อมจะขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงเกิดความเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรรภ์ได้แก่ การแท้ง การเกิดภาวะพิษแห่งครรรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การเกิดภาวะโลหิตจาง รวมทั้งมีผลกระทบต่อการทารกในครรรภ์ได้แก่ทารกตายในครรรภ์ จากรายงานการติดตามการป้องกัน การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 1.34% ในปี พ.ศ.2561 โดยประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ดังนั้น สิ่งสำคัญคือจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรรภ์ตั้งแต่ฝากครรรภ์ครั้งแรก ไม่ล่าช้าในการเริ่มยาต้านไวรัส ตรวจสอบติดตาม การรักษาอย่างใกล้ชิด รวมถึงการปรึกษาแบบคู่ กลุ่มที่คู่ผลเลือดต่าง (Discordant couple) เพื่อวางแผนการให้ยาและวางแผนการคลอดเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้น้อยที่สุด หญิงตั้งครรรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุดในวันเดียวกันกับการวินิจฉัย (Same day ART) โดยไม่คำนึงถึงจำนวน CD4 โดยการให้ยาในช่วงระหว่างฝากครรรภ์ การให้ยาระหว่างคลอด และ

หลังคลอด⁴ สอดคล้องกับข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น สตรีรายงานหญิงตั้งครรรภ์ติดเชื้อเอชไอวีเรียงลำดับตามปี พ.ศ.2564, 2565 และ2566 จำนวน 44 ราย 26 ราย และ 19 ราย เป็นเยาวชนตั้งครรรภ์และติดเชื้อเอชไอวี 17 ราย, 15 ราย และ 10 ราย ตามลำดับ พยาธิสภาพมารดาได้รับการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ไวรัสจะทำลายเม็ดเลือดขาว และมีจำนวนเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นร่างกายจะสร้างแอนติบอดีของเชื้อเอชไอวีขึ้นมาในช่วงเวลาระหว่าง 2 ถึง 4 สัปดาห์ ตรวจไม่พบการติดเชื้อในระยะนี้แต่จะสามารถแพร่เชื้อได้⁵ ทารกรับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาได้ในระยะตั้งครรรภ์โดยเชื้อผ่านทางรกเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดของทารกในครรรภ์ ในระหว่างการคลอดทารกสัมผัสกับเลือด น้ำคร่ำ สารคัดหลั่งในช่องคลอดแม่ หลังคลอดทารกได้รับเชื้อเอชไอวีจากการได้รับนมแม่⁶ อาการและอาการแสดงของหญิงตั้งครรรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะแรกหลังการรับเชื้อเอชไอวี อาจไม่มีอาการใดๆ แต่ตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี ระยะนี้จะเป็นพาหะของโรค ระยะที่ 2 มีอาการไข้สูงเกินกว่า 37.8 องศาเซลเซียส อูจจาระร่วงเรื้อรัง น้ำหนักตัวลด มีการติดเชื้อราในช่องปาก ระยะที่ 3 ระยะเป็นโรคเอดส์ เชื้อเอชไอวีทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะพบว่า ร่างกายทรุดโทรม ผอมเปื้ออาหาร⁶ การวินิจฉัย การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก (Anti-HIV positive) และการตรวจหาเชื้อ หรือ ส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวี (HIV viral testing) เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในช่วงที่ไม่สามารถพบแอนติบอดีต่อเชื้อได้ในระยะแฝง⁴ การรักษาหญิงตั้งครรรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (Highly active antiretroviral therapy: HAART) เริ่มยาเร็วที่สุด เพื่อทำให้ระดับเชื้อไวรัสในร่างกาย (Viral Load: VL) ลดลงจนวัดไม่ได้ VL<50 copies/mL ลดการตั้งครรรภ์จนถึงหลังคลอด⁴ แนวทางการคลอดสามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้ และรอให้เจ็บครรรภ์คลอดเอง แม้อายุครรรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ สามารถให้แนวทางปฏิบัติได้เหมือนกับสตรีตั้งครรรภ์ทั่วไปถ้า VL<50 copies/mL⁴ การให้ยาต้านเอชไอวีในทารกแรกเกิดตาม

ความเสี่ยงของการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกพิจารณาการให้ยาในทารกแรกเกิดตามความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เริ่มยาให้เร็วที่สุด ภายใน 1 ชม. หลังคลอดดีที่สุด หากผลตรวจ PCR ที่แรกเกิด หรืออายุ 1 เดือนเป็นบวก ให้เปลี่ยนเป็นยาต้านเอชไอวีขนาดรักษาแทน⁴ แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดดูแลตามมาตรฐานหญิงหลังคลอด ภาวะที่ควรคำนึงและให้การดูแลเป็นพิเศษ งดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกราย แม้มีย HIV viral load < 50 copies/mL พิจารณาการให้ยาระงับน้ำนม และเฝ้าระวังการอักเสบของเต้านมเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังคลอด ติดตามผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ 6 สัปดาห์หลังคลอดตามปกติ และนัดตรวจซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ดูแลสามีหากสามีไม่ติดเชื้อเอชไอวี ควรส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี นัดสามีตรวจเลือดซ้ำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง⁴ การวางแผนครอบครัว ประเมินความประสงค์ของคู่สามีภรรยาในการมีบุตร ให้คำปรึกษาแนะนำการคุมกำเนิด และการวางแผนมีบุตร หากมีบุตรเพียงพอแล้ว การผ่าตัดทำหมันชายหรือหมันหญิงถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสม หากยังต้องการมีบุตรสามารถเลือกใช้ทั้งยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัย สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย ไม่พบปฏิกิริยาระหว่างยาต้านไวรัสและยาคุมกำเนิด และไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการอักเสบในอุ้งเชิงกรานหากใช้ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมและฮอร์โมนเดี่ยว ส่วนใหญ่ใช้ได้ อย่างปลอดภัย แต่มียาต้านบางชนิดที่พบปฏิกิริยามีผลต่อปริมาณฮอร์โมน หากใช้จึงควรปรึกษาร่วมกันระหว่างสูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์⁴ การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยอาศัยการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษาเพื่อให้มีการสำรวจสิ่งที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถหาทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง^{7,8} แนวคิดการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ของคาร์ล แรมสัน รोजเจอร์ส มีแนวคิด 5 ประการ คือ 1) ผู้รับการปรึกษาเป็นตัวของตัวเอง 2) การจัดสภาพการณ์ที่เหมาะสมจะทำให้พัฒนาความสามารถของตนได้อย่างเต็มที่ 3) ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปิดรับประสบการณ์ใหม่ และ

พัฒนาตนเองต่อไป 4) การจะเข้าใจบุคคล ต้องเข้าใจความรู้สึก ทักษะคิด ผู้รับการปรึกษา ไม่ใช่ใช้ความคิดเห็นของผู้ให้การปรึกษา 5) ผู้ให้การปรึกษาพึงมีทัศนคติและยอมรับผู้รับการปรึกษา กระบวนการแก้ปัญหาขึ้นกับ สัมพันธภาพที่อบอุ่นใจ ไว้วางใจ และต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง⁹ แนวคิดการให้การปรึกษาครอบครัวที่เน้นประสบการณ์ และมนุษยนิยมของเวอร์จิเนียร์ ซะเทียร์ เพื่อช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง เกิดวุฒิภาวะในตนเอง เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง พัฒนาทักษะ การสื่อสาร มีความอดทนอดกลั้น และให้อภัยกัน¹⁰ กระบวนการและทักษะการให้การปรึกษามี 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจปัญหา 3) เข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้รับการปรึกษา 4) การวางแผน แก้ปัญหา 5) การยุติการปรึกษา ต้องใช้ทักษะต่างๆได้แก่ทักษะการฟัง การสังเกตการถามการเฝ้า การทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล และคำแนะนำ การสรุปความ การยุติการปรึกษาประกอบในกระบวนการให้การปรึกษา^{7,11} การให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (Couple HIV testing and counseling) หมายถึง การให้การปรึกษาแก่คู่สามีภรรยาพร้อมกัน เพื่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และฟังผลการตรวจเลือดพร้อมกัน สนับสนุน และแสดงความเห็นใจซึ่งกันและกัน โดยใช้หลักการของการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ¹² บทบาทของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการให้การปรึกษา แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพตกลงบริการให้การปรึกษาแบบคู่ 2) สำรวจ ความสัมพันธ์ของคู่ และเหตุผลในการมารับบริการ 3) สนทนาเรื่องความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและประเด็นต่างๆ 4) แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจเลือดและความเป็นไปได้ของผลการตรวจเลือด อธิบายความหมายผลบวกผลลบ และผลเลือดต่างกัน แนะนำขั้นตอนการตรวจเลือด การตัดสินใจ และตกลงเรื่องการมารับฟังผลเลือดพร้อมกัน 5) สนทนาเรื่องเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา 6) สนทนาเรื่องการลดพฤติกรรมเสี่ยงและการใช้ถุงยางอนามัย 7) สนทนาเรื่องการเลี้ยงดูลูก

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา สู้ลูก และ 8) สรุปลและยุติบริการ¹³

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน¹⁴ แบบแผนที่ 1 เรื่อง การรับรู้และการดูแลสุขภาพจากการเจ็บป่วยต่อการแบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายรวมผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องแบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ผลการตรวจร่างกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับเป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์เพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลแบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุ ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียดแบบแผนที่ 11 ความเชื่อ เพื่อประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ

วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษากระบวนการให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจงโดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จำนวน 2 ราย จากกระบวนการให้คำปรึกษา วินิจฉัยทางการแพทย์ วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลกรณีศึกษา การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกติดเชื้อ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย ศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2566 ดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนการศึกษาดังนี้ 1 คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุไม่เกิน 19 ปี แบบเจาะจงจำนวน 2 ราย 2. ศึกษารวบรวมข้อมูลประวัติผู้ป่วยการรักษายาพยาบาลจาก

เวชระเบียนผู้ป่วยช้กประวัติจากญาติผู้ป่วยร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 4. ปรีกษาและทบทวนข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายงานเอชไอวีทั้งในและนอกโรงพยาบาล 5. นำกรอบแนวคิดทฤษฎีให้คำปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมของจันแบร์ แนวคิดการให้การปรึกษารอบครัวที่เน้นประสบการณ์ และมนุษยนิยมของเวอร์จิเนียร์ ซะเทียร์ แนวคิดการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของคาร์ล แรมสัน รोजเจอร์ส แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล¹⁵ และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และ 6. สรุปลและอภิปรายผลการศึกษา จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่

ผลการศึกษา

1) ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นทั้งคู่มิมีความไม่มีแตกต่างของอายุ เพศ ส่วนอาชีพทั้งสองรายอยู่กับพ่อแม่ สอดคล้องกับข้อมูลประชากรวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และตั้งครรรภ์ โดยไม่พึงประสงค์มากที่สุดและมีค่านิยม คู่ชายหญิงที่คบหากัน นิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายตั้งครรรภ์แล้ว พ่อแม่จึงให้แต่งงานกัน¹ ส่วนการศึกษา รายที่ 1 เรียนต่อประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 แต่เรียนไม่จบ ตั้งครรรภ์ก่อนจึงออกจากโรงเรียน ส่วนรายที่ 2 เรียนไม่จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 กำลังเรียนการศึกษานอกโรงเรียนต่อ พื้นที่อยู่อาศัยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นั้นเป็นสังคมในชนบท อยู่ในหมู่บ้านรู้จักกันทั่วหมู่บ้าน อยู่ตำบลบ้านไต้้น อำเภอยะยีนและตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองขอนแก่น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อายุ (ปี)	17 ปี	17 ปี
เพศ	หญิง	หญิง
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	158 เซนติเมตร	162 เซนติเมตร
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	53 กิโลกรัม	58 กิโลกรัม
BMI	21.23	22.10
สถานภาพสมรส	คู่	โสด
เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 3	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	ในปกครอง	รับจ้าง
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
จำนวนบุตร	0 คน	0 คน
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	4 คน	4 คน
ที่อยู่ปัจจุบัน	ตำบลบ้านไต้ อำเภอยะยี่น จังหวัดขอนแก่น	ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
สิทธิบัตร	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) การเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลประชากรวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และตั้งครรรค์ โดยไม่พึงประสงค์มากที่สุด และมีค่านิยม คู่ชายหญิงที่คบหากัน นิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและมีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง

สองรายและในกรณีศึกษาทั้งสองรายถูกส่งจากโรงพยาบาลอำเภอและศูนย์อนามัยมาด้วยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อ HIV, Condyloma ร่วมกับการตั้งครรรค์เพื่อเข้าสู่งการรักษและวางแผนการคลอดและการดูแลต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	รับ Refer จากโรงพยาบาลพระยีนด้วยอาการ HIV c Pregnancy c Trichomonas	รับ Refer จากศูนย์อนามัยที่ 6 ด้วย HIV c Thrombocytopenia c Condyloma c Pregnancy
ประวัติการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต	ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย เคยคบหากับผู้ชาย 2 คน และมีเพศสัมพันธ์ทั้ง 2 คน และคนนี้เป็นคนที่ 2 และเกิดตั้งครรภ์พ่อแม่ จึงให้แต่งงานกัน	ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเคยคบหากับผู้ชาย 2 คน และมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ตั้งครรภ์พ่อแม่จึงให้แต่งงานกัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและประวัติการตั้งครรภ์	G1P0000 LMP 2 พ.ย. 2565 EDC 9 ส.ค. 2566 Pregnancy 32+5 wks by U/S ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งที่ 1 สามิไม่ติดเชื้อเริ่มยาต้านไวรัสสูตรยา TLD จากโรงพยาบาลหนองคายและย้ายกลับมาอยู่บ้านที่พระยีนจึงถูกส่งต่อจากพระยีนเพื่อรับยาต่อเนื่อง และวางแผนการคลอดต่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งหมด 2 ครั้ง และรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่คลินิกติดเชื้อต่อเนื่อง	G1P0000 LMP 30 พ.ย. 2565 EDC 7 ส.ค. 2566 Pregnancy 11 wks ว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งที่ 1 สามิไม่ติดเชื้อที่ศูนย์อนามัยที่ 6 และ ถูก Refer ต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น เริ่มยาต้านไวรัส สูตรยา TLD เมื่อ 8 มิ.ย.2566 และวางแผนการคลอดต่อและรักษาเรื่อง Condyloma ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งหมด 5 ครั้ง และรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่คลินิกติดเชื้อต่อเนื่อง
โรคร่วมในปัจจุบัน	ไม่มี	Condyloma c Thrombocytopenia
ยาที่รับประทานประจำ	TLD 1 tab oral OD Triferdine 1 tab oral pc. Folic acid 1 tab oral pc. CaCo3 1 tab oral pc.	TLD 1 tab oral OD Triferdine 1 tab oral pc. Folic acid 1 tab oral pc. CaCo3 1 tab oral pc.
ประวัติการแพ้อาหารและสารเสพติด	ไม่เคยแพ้อาหาร ไม่แพ้สารหรือสารใดๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้อาหาร หรือสารใดๆ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเป็นโรคร้ายแรงในครอบครัว	ปฏิเสธการเป็นโรคร้ายแรงในครอบครัว
ประวัติการตั้งครรภ์และสูบบุหรี่	ไม่ตั้งครรภ์ ไม่สูบบุหรี่	ไม่ตั้งครรภ์ ไม่สูบบุหรี่

3) เปรียบเทียบการวินิจฉัยและแผนการรักษาทั้งสองราย ได้ทำผ่าตัดทางหน้าท้องอันเนื่องจากรายแรก มีภาวะ น้ำคร่ำน้อยซึ่งถือเป็นภาวะเร่งด่วนทางสูติศาสตร์ ส่วนรายที่สองมี Condyloma บริเวณอวัยวะเพศขนาดใหญ่ เมื่อรักษาโดยการจี้แล้วเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปยังบุตร

จึงต้องผ่าตัด ส่วนผล Anti HIV พบว่ามีการติดเชื้อทั้งคู่ ส่วนผลการตรวจไวรัส กัดเชื้อได้ทั้งคู่ซึ่งจะตรวจเมื่ออายุ การตั้งครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เพื่อวางแผนการคลอด การU/S ในหญิงตั้งครรภ์ต้องทำทุกรายวินิจฉัย ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยและแผนการรักษา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัย	Pregnancy c HIV	Preg c Condyloma c Thrombocytopenia
อาการและอาการแสดง	เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หน้าตาไม่ค่อย สดชื่น รับทราบเรื่องการติดเชื้อของตนเอง และคู่ ไม่มีท้องป็น ไม่มี Bleeding per Vagina	เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หน้าตาไม่ค่อยสดชื่น รับทราบเรื่องการติดเชื้อของตนเองและคู่ ไม่มีท้องป็น ไม่มี Bleeding per Vagina
การตรวจร่างกาย	Ultrasound ตั้งครรภ์ 32 สัปดาห์ เมื่อ 19 มิ.ย. 2566 พบ Anhydramnios	Ultrasound 3 ครั้ง เมื่อ GA 27 31 37 wks FHS+150 ครั้ง/นาที่มีตั้งยื่นรอบอวัยวะเพศ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Anti HIV : positive (มีการติดเชื้อเอชไอวี ค่าปกติต้องไม่มีการติดเชื้อ), ค่า VL<copies/ml 31 ก.ค.2566 (กัดเชื้อไวรัสได้ตีค่าปกติ <50 copies/ml) HbsAg: Negative,HCV : Negative บุตรผล HIV PCR: Negative (แปลผลว่าปกติ ไม่ติดเชื้อ)	Anti HIV : positive (มีการติดเชื้อเอชไอวี), ค่า VL=47 copies/ml 19 มิ.ย. 2566 (กัดเชื้อไวรัส ได้ตีค่าปกติ <50 copies/ml) CBC เคยมี plt 88,000 23 มี.ค. 2566 ล่าสุด 480000/ul 29 ส.ค. 2566 Hct 29.8% บุตรผล HIV PCR: Positive (แปลผลว่าติดเชื้อ)
แผนการรักษา	C/S due to Anhydramnios ให้ยาต้านไวรัส ดนมแม่และคุมกำเนิดโดยฝังยาคุม	C/S due to Condyloma ให้ยาด้านไวรัส ดนมแม่และคุมกำเนิดโดยฝังยาคุม

การวินิจฉัยการพยาบาลและการให้คำปรึกษา

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกันเกือบทุกข้อ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแลตนเองต่อเนื้อเรื่องรวมทั้งทักษะการใช้ชีวิต เนื่องจากยังเป็นวัยรุ่น 2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการติดเชื้อของตนเองขณะตั้งครรภ์ 3) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเรื่องบุตรทั้งเรื่องการติดเชื้อและการเลี้ยงดูบุตร 4) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการแจ้งผลเลือดกับคู่ เนื่องจากคู่ผลเลือดต่างและครอบครัว 5) กลัวถูกเปิดเผย

ความลับ ส่วนเมื่อจะผ่าตัด 6) ทั้งผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด 7) เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด 8) ไม่สุขสบายหลังผ่าตัด และ 9) เสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อ บุตรคนที่ไม่ติดเชื้อต้องมาตรวจเลือด 3 ครั้ง จึงจะแจ้งว่าไม่ติดเชื้อส่วนรายที่ติดเชื้อการดูแลเหมือนเด็กให้วัคซีนปกติ แต่ต้องรับยาต้านเนื้อเรื่องวินัยการกินยาสำคัญ รวมทั้งการวางแผนจะแจ้งผลเลือดเด็กเมื่อพร้อมซึ่งเป็นบทบาทพยาบาลในการให้การดูแลตั้งแต่เมื่อมาฝากครรภ์ระหว่างคลอด หลังคลอดและดูแลต่อเนื่อง การให้คำปรึกษา

เชิงจิตวิทยาทั้งรายบุคคล การให้การปรึกษาแบบคู่ และการให้การปรึกษาแบบครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมครอบครัวลดความวิตกกังวลพร้อมเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ สามารถผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตไปได้ และคู่ก็ยังมีผลเสียดลบตลอด สามารถดูแลตนเอง บุตรที่ติดเชื้อฮิวแมนไวนัสอย่างต่อเนื่อง และมีวินัยในการกินยากี่จะช่วยให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอายุยืนยาวไม่แตกต่างจากคนปกติ ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและมีการติดเชื้อเอชไอวี รายที่ 2 มี condyloma ร่วมด้วย ต้องลาออกจากโรงเรียนและมาเข้าสู่การรักษาโดยถูก Refer มาทั้งคู่ ทั้งที่การให้ยาต้านไวรัสมีทุกโรงพยาบาล กรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอได้ ทั้งสองรายที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเหมือนกันและบุตรน้ำหนักน้อยทั้งคู่แม่จะผ่าตัดคลอดครบ Term รายที่ 1 จากมีภาวะ Anhydramnios รายที่ 2 จากมี condyloma ตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดได้ยาต้านไวรัสต่อเนื่อง บุตรรายที่ 1 ไม่ติดเชื้อ บุตรรายที่ 2 ติดเชื้อได้รับยาสูตรรักษาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ความสำคัญของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาทั้งรายบุคคล และครอบครัวในโรงเรียนเป็นสิ่งสำคัญมากจะช่วยให้เด็กมีทักษะการใช้ชีวิต และครอบครัวตระหนักรู้มากขึ้น มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยไม่ท้องในวัยเรียน
2. ความสำคัญของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาทั้งรายบุคคล แบบคู่ และครอบครัว จะช่วยลดในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติของตนเองลง เช่น รู้ว่าติดเชื้อแล้วแต่ไม่เข้าสู่การรักษาเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจจากคนอื่น
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของโรงพยาบาลเครือข่าย โดยการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านการให้คำปรึกษาและแนวทางปฏิบัติ เพื่อไม่ให้ Refer โดยไม่จำเป็น ลดความแออัดลงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น กรณีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ถ้ารักษาด้วยยาต้านไวรัสจนสามารถกดไวรัสต่ำกว่า 50 สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ; 2560.
2. วิทยา ถิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ธราป โคละทัต. วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด ปัญหาที่ท้าทาย. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
3. สรุทยา รongเลื่อน, ภัทรวลัย ดลิ่งจิตร, สมประสงค์ คิริบริรักษ์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่น : การสำรวจปัญหาและความต้องการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช. 2555;5(1):14-28.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2564-2565. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
5. USAID, Unicef, WHO. คู่มืออ่านประกอบการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเอชไอวีสำหรับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/The%20HIV%20Counselling%20Handbook%20for%20the%20AsiaPacific%20%E2%80%93%20Thai%20Edition.pdf>
6. ฉวีวรรณ คั่นพุดชา, ตัญจมาศ ไพบูลย์ทอง, ธันดา นัยวัฒน์กุล, รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และสามี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
7. จีน แบร์รี่. การให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์; 2549.
8. พงษ์พันธ์ พงษ์โสภณ, วิไลลักษณ์ พงษ์โสภณ. ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการปรึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

9. ดวงกมล ทองอยู่. แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน.วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2557; 4(2):179-90.
10. ลัดดาวรรณ ณ ระนอง. การให้การปรึกษารอบครัวสำหรับครูที่ปรึกษา. Veridan-E-Journal, Silpakom University. 2560;10(2):830-43.
11. วชิรี ทรัพย์มี. กระบวนการปรึกษา: ขั้นตอนสายสัมพันธ์ ทักษะ = The counseling process: stages, rapport, skills. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
12. สมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์, ไฉไล เลิศนางกูร, กัลยรัตน์ กลานอม. คู่มือประกอบการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554 .
13. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. คู่มือการให้การปรึกษาคู่สมรส. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์พับลิช; 2553.
14. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. New York: MCGraw-Hill. Book Co; 1982.
15. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 12. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.

