Journal of Research and Health Innovative Development

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

วารสาร วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2567)

Vol.5 No.3 (September - December 2024)

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 ชวะเดช	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุชาดา ฑีฆายุพันธุ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางพัชรา ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประจวบ จำลองเพ็ง	นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ว่าที่ พ.ต.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รก. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการ :

แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมาลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจังหาร
ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
นางนริศรา พันธุ์ศิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงขวัญ
ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักรพิมาน
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทรา	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ อัปมระกา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.อรทัย พงษ์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.อรุณ บุญสร้าง	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ดร.เพ็ชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.วิภาดา จันทร์มณฑล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวาภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 121 โทรสาร 0-4351-1087

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 3 ซม. ด้านล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3 ซม. และขอบขวา 2.54 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น อยู่ด้านบนขวาห่างจากขอบบน 2 ซม. จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช้คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด Font คือ 16 points ตัวหนาโดยพิมพ์ชื่อเรื่องอยู่ตรงกลาง

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ขนาด Font คือ 14 point ตัวหนา ด้านขวาของกระดาษ และระบุชื่อ ที่อยู่หน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Purpose) รูปแบบการวิจัย (Study design) วัสดุและวิธีการวิจัย (Materials and Methods) ผลการวิจัย (Main finding) และสรุป และข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations) ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) (Key words) 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 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

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

กิตติกรรมประกาศ ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่องส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แบบฟอร์ม

ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา)

ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา ขึ้นต้นคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาไทย).....*
(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ชิดขวา)
ชื่อผู้วิจัย(ภาษาอังกฤษ).....
(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ขึ้นต้นชื่อและสกุลด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชิดขวา)
Corresponding author: E-mail: .....(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวธรรมดา ชิดขวา)

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK 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 TH Sarabun PSK 14 pt)

บทนำ

.....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย

.....

.....

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

.....

.....

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

.....

.....

ผลการวิจัย

.....

.....

ตารางภาพและแผนภูมิ จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตาราง หรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน

วิจารณ์

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

1. .....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

หมายเหตุ : ต้นฉบับบทความควรมีความยาว 10-15 หน้า

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 13
The Development of Service Model for One Day Surgery (ODS) At Phonthong Hospital, Roi Et Province
กรรณิกา ศรีษะเกษ, กุหลาบ พลเยี่ยม, สกลรัชต์ รัตนแสง

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Container Index: CI) ของประชาชน ในเทศบาลตำบลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 27
Effects of a Motivational Enhancement Program on Knowledge, Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors, and the Aedes Larval Index Among Residents of Nong Phok Subdistrict Municipality, Roi Et Province
มานะ ภูมิพันธุ์, กฤษฎา เสนาหาร, อัฉราพร อุดมรักษ์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด 43
A Study of the Relationship Between Attitudes and Social Support with Social Stigma in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder at At Samat Hospital, Roi-Et Province
จิดาภา แสงกล้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย 58
Nursing care of stroke patients in community: Case Study 2 case
ปิยะนุช บุญวิเศษ

ประสิทธิผลการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนวดและสปา จังหวัดขอนแก่น 83
Effectiveness of Developing Standards for Health Establishment Massage and Spa in Khon Kaen province
ยงรัตน์ วงค์สุนะ

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย 98
Nursing Care of a Patient with Septic shock at Inpatient Department : Two Case Studies)
จีรนันท์ พันธุ์พาณิชย์

การพัฒนาระบบการใช้นามบัตร QR Code เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ 113
Developing QR Code card system to promote access to antiretroviral drugs HIV-infected patients in Pathumrat Hospital
จิราพร พรหมโคตร

ประสิทธิภาพของการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์กระตุ้นความพยายามในการหายใจเข้าลึกในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ: อาการทางคลินิก สมรรถภาพปอดและการวิเคราะห์ภาพ ถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์ 124
Comparisons of the clinical outcomes, lung functions test and computer-aided chest radiography analysis on the effect of incentive spirometry device in post cardiac surgery patients
อาทิตยา ยศวงษ์, รักฝัน สวัสดิ์พาณิชย์

ผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 137
EFFECTS OF COMMUNITY CASE MANAGEMENT ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF COMPLEX SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN CHATURAPHARK PHIMAN DISTRICT ROI-ET PROVINCE
ทองพูน ชาบุญมี

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ 146
Development of a District Health Board Operational Model at Srisomdet District
มานะ ศิริเลี้ยง

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาระบบตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ 164
การเงินการคลังของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร
The Development of Work Efficiency System Five-dimensional Electronic Internal Audit System in Finance On Health Network, Mukdahan Province
สุปรานี พรพิริยะศานติ

ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ต่อผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการ 179
ในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน
Investigation of the efficacy of cannabis oil in patients with psoriasisin Chaturaphakphiman Hospital, Roi-Etprovince, northeast Thailand
รังสิยา นันทะแสน, ยุพารัตน์ บำเพ็ญรัตน์

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 187
ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
Program Development of using Motivational procedures in type 2 Diabetes Mellitus Patients with Poor glycemic control in the Chronic disease Outpatient Chiang Yuen Hospital Maha Sarakham Province
โชติมณี เรืองกลิ่น, อารยา ฉัตรธนะพานิช, นฤมล จำปาบุญ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วม 197
ของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
The development of a nursing care model for patients with sepsis through the participation of a multidisciplinary team and network partners in Thawat Buri District, Roi Et Province
ปิยนุช อนุแก่นทราย, พรธิดา แสนสวนจิตร, สุพัตรา พรมวงค์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง 210
ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of clinical nursing practice guideline for Serious Mental Illness With High Risk to Violence Psychiatric and Drug Patients to community in Kaset Wisai Roiet Province
ปิยวดี ราชพลแสน, อรพรรณ สุนทวง

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด 233
Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Thawat Buri district, Roi-Et Province
แวววลี พลเยี่ยม

การพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ในโรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด 245
The Development and Evaluation of Tuberculosis Care Model in Community using Innovation “Leaves to save lives” in Thawatburi Hospital
นารถวารินทร์ ชำนาญเอื้อ, พัชนิดา ไชยชาติ

ประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี ในประชาชนวัยทำงาน จังหวัดมหาสารคาม 260
Effectiveness of the “Increase Healthy People” Operational Model Among the Working-Age Population in Maha Sarakham Province
ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย, พิสมัย ศรีทำนา, ศิริรัตน์ จ่ากุญชร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 271
Development of a model for caring for patients with acute myocardial infarction at Phon Thong Hospital, Roi Et Province
พนิดา พ้องเสียง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 280
The Development for Intermediate Care in Health Service Network model, Roi Et Province
รุจิรา จันทร์หอม

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 292
The Effectiveness of Behavior Modification Complying with 3E 2S Programs to Knowledge Health Behaviors and Blood Pressure in People at Risk of Hypertension, Nongphok Hospital Nongphok District, Roi-Et Province
กัญญาณัท ศักดิวงศ์

การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 302
Development of a Rational Laboratory Analysis Framework at Chaturakphakphiman Hospital, Roi Et Province
กุศลาสัย สุราอามาตย์

การพัฒนาระบบบริการการบำบัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประวัติใช้สารเสพติด โรงพยาบาลจังหารและเครือข่ายบริการ 314
The Development of Compliance Therapy Program of Schizophrenia Patients with Substance Abuse in Changhan Hospital and Service Network
สุวรรณา ขันทับ

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและ การช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ 327
The development of participatory health network on first aid and basic life support in Nikomsangton-Aeng 3 School, Ban Kruat District, Buriram Province
จีระพันธ์ คิดได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี 339
Factors Influencing Blood Sugar Level Control Behavior in Type 2 Diabetic Patients at Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province
ชมัยพร เสียงสนั่น

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนารูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก 352
The development of management and surveillance model for Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) induced nephrotoxicity in HIV infected patients at Nongphok hospital
ธิราวรรณ จันทรบุตร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 368
The Effectiveness of a health education program on knowledge and practices in pregnant woman first pregnancy, Nong Phok hospital, Roi Et Province
ละออง บุตรศาสตร์

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 380
An evaluation the implementation of public health strategic plan, Sakon Nakhon Provincial Public Health Office
สว่างทิพย์ มีดี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 390
Effects of a health literacy enhancement program for Unintended Pregnant Prevention among Patients Received Treatment at the Teenage Clinic, Roi Et Hospital
เทียมจิตต์ กัญยวงศ์หา

ผลการตรวจวัดไขมันชนิดของ LDL- Cholesterol โดยวิธี Direct กับวิธีการใช้สูตรคำนวณ Friedewald ของผู้มารับบริการ ตามแนวทางการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล RLU 403
(LDL-Cholesterol analysis results by Direct method and using Friedewald calculation formula according to the Rational Laboratory Use RLU guideline)
กนิษฐา นิลผาย

การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Service Model for One Day Surgery (ODS) At Phonthong Hospital, Roi Et Province

กรรณิกา ศรีษะเกษ* กุหลาบ พลเยี่ยม สกลรัชต์ รัตนแสง*****

Kanniga Srisagate, Kullarb Polyiam, Sakolracht Rattanasaeng

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

(Received: August 1, 2024; Revised: August 7, 2024; Accepted: September 7, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 70 คน การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความจำเป็น ในการพัฒนารูปแบบการบริการ 2) พัฒนารูปแบบการบริการ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Percentage Differences และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย : พบว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง มีรูปแบบการปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยสับสนและกังวลกับการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด มีการงดหรือเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 14.3 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 37.1 นำสู่การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (TISC Model) ประกอบด้วย T: Team **work** (การทำงานเป็นทีม) I: Information (การให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ) S: Self-efficacy (การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน) และ C: Caregiver (การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล) และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการรูปแบบเดิม มีอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดลดลง (80.00%) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง (85.00%) การติดเชื้อของแผลผ่าตัดลดลง (100.00%) ส่วนการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการรูปแบบเดิม

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่พัฒนาขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะการจัดการและการดูแลตนเอง สามารถเพิ่มประสิทธิผลด้านการงดหรือเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเกิดแผลอักเสบ บวม แดง และการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ รวมทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ ดังนั้นแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาลสาขาอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ : การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ; การพัฒนารูปแบบบริการ

*, **, *** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง

Abstract

Purposes : To study the situation, develop a model and study the effectiveness of service model for patients undergoing one day surgery at Phonthong Hospital Roi-Et Province.

Study design : Research and Development.

Materials and Methods : The sample group consisted of 70 patients who passed the one day surgery screening criteria. Proceeds in 3 steps were taken. Step 1: Study the situation of care, problem and necessity in developing the service model. Step 2: Develop a service model. Step 3: Study the effectiveness of the developed service model. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics percentage differences and independent t-test statistics.

Main findings : The situation of caring for patients undergoing one day surgery at Phonthong Hospital had unclear and unified practices. Patients were confused and worried about taking care of themselves both before and after surgery. Surgery was cancelled or postponed 14.3% and complications occurred 37.1%. Service model for patients undergoing one day surgery (TISC Model) consists of T: Team works I: (Information) Providing information efficiently S: (Self-efficacy) Enhancing patient self-efficacy and C: (Caregiver) Participation of caregivers. After applying the developed model, it was found that patients in the experimental group were less anxious than the group that received the traditional services model, had a lower rate of surgery cancellation or postponement (80%), had a lower rate of postoperative complication (85%) and had a lower rate of surgery wound infections (100%). There was no difference in readmission within 1 week and patients were more satisfied with the service model than the group that received traditional services model.

Conclusion and recommendations : The developed one day surgery service model emphasizes the participation of patients and caregivers. By promoting awareness of competency in management and self-care, it can increase effectiveness in canceling or postponing surgery, occurrence of complications after surgery, Inflammation and repeat treatment within 1 week, as well as reducing anxiety and increasing patient satisfaction. Therefore, the developed guidelines can be used as a guideline for further development of nursing service models in other fields.

Keywords : One Day Surgery; Service Model Development

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

บทนำ

การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) เป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านการลดระยะเวลารอการผ่าตัด ลดความแออัดในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่าย เพิ่มการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วย และสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยจากข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2565 พบว่ามีการทำหัตถการผ่าตัดวันเดียวกลับ 90,418 ราย สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชนได้จำนวน 144,668,800 บาท (ประมาณการค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้ป่วย 800 บาท/คน/วัน) ลดวันนอนในโรงพยาบาลได้ 180,836 วัน (90,418 ราย x 2 วัน)[1] ซึ่งปัจจุบันการให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยหลักการในการให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ เป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยใน และอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้านและมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล และหลังพักฟื้น 2 – 6 ชั่วโมงผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายในวันเดียว ดังนั้นเพื่อให้ระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีคุณภาพ และความปลอดภัย จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการ และแนวปฏิบัติในการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ชัดเจน ทั้งการกำหนดเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านการผ่าตัดทั้งในระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และเกณฑ์การประเมินก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหลังผ่าตัด โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล[2] ผู้ให้บริการต้องสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติด้านการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวและการดูแลแผลหลังการผ่าตัด การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์ รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Albert Bandura[3] มาใช้ในกระบวนการพยาบาลพบว่าการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นวิธีการที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสม[4] โดยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเชื่อพื้นฐานว่าบุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการบางสิ่งบางอย่าง และดำเนินการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยผ่านกระบวนการตัดสินใจ การประเมินผล และมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติ หากบุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด การรับรู้สมรรถนะในตนเองจึงเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะเลือกหรือไม่เลือกปฏิบัติ ดังนั้นการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาปรับใช้ในกระบวนการพยาบาล จะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพมีหน้าที่แนะนำการจัดการตนเอง โดยการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self – efficacy) ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้[5]

ในปี พ.ศ.2563 -2565 โรงพยาบาลโพนทองมีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด 2,965 ราย 2,546 ราย และ 2,337 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกวัน[6] ดังนั้นเพื่อรองรับจำนวนผู้รับบริการที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ลดปัญหาความแออัด และพัฒนาศักยภาพการให้บริการผ่าตัด จึงได้ดำเนินโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับ หลังผ่านการประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ซึ่งมีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมินและเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 - กันยายน 2565 จำนวน 67 ราย และปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จำนวน 206 ราย โดยมีขั้นตอนการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การเตรียมตัวก่อนการทำผ่าตัดหรือทำหัตถการ 2) การดูแลการผ่าตัดหรือทำหัตถการ 3) การดูแลขณะพักฟื้น และ 4) การติดตามผลการรักษา โดยได้มีการกำหนดกลุ่มโรคในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ในกลุ่มโรคทางศัลยกรรมทั่วไป ได้แก่ โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Hernia) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele) และโรคระบบทางเดินอาหาร ในระยะเริ่มดำเนินการ และเพิ่มบริการในผู้ป่วยทางสูติ-นรีเวชกรรม ในปี พ.ศ.2566 ผลลัพธ์การบริการ พบว่า มีอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวไม่พร้อมของผู้ป่วยร้อยละ 10.7 และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการระงับความรู้สึกร้อยละ 21.3 (ข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2565-พฤษภาคม 2566)

การทบทวนผลลัพธ์การให้บริการ และปัญหาในการปฏิบัติงานจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ พบว่า ยังมีการให้บริการเหมือนผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการแต่ละจุด รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดวันเดียวกลับแต่ละหน่วยงานไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยสับสนและไม่มาผ่าตัดตามนัด เมื่อวิเคราะห์สาเหตุและขั้นตอนการปฏิบัติงานพบปัญหาการดูแล 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมตัวก่อนการทำผ่าตัดหรือทำหัตถการ พบการให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ไม่มีแนวปฏิบัติและแนวทางการตรวจสอบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ขาดการติดตามทางโทรศัพท์ก่อนวันนัดผ่าตัด เป็นต้น 2) การดูแลตนเองที่บ้านหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ พบว่า การให้คำแนะนำวิธีการดูแลตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติหลังการผ่าตัดเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลโพนทอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ การงดหรือเลื่อนผ่าตัด และการกลับมารักษาซ้ำหลังผ่าตัด ซึ่งการพัฒนานี้จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ สร้างความมั่นใจและความพึงพอใจให้ผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งยังสามารถนำผลของการพัฒนานี้ ไปต่อยอดในการให้บริการผ่าตัดในรูปแบบอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง โดยวิเคราะห์จากเอกสาร และวิธีเชิงคุณภาพมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รายงานการเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผลลัพธ์การดูแลด้านจำนวนผู้เข้ารับบริการ อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเกิดแผลอักเสบ บวม แดง และการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลโพนทอง[7] วิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง ก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้ง

2. สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ป่วยนอกจำนวน 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมจำนวน 1 คน พยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 1 คน และวิสัญญีพยาบาลจำนวน 1 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง 3 เดือนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีปัญหาจากการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

แบบวันเดียวกลับอย่างไร 2) ปัจจัยใดบ้าง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึกสำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 คนวิสัญญีแพทย์ 1 คน และผู้จัดการทางการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS Nurse manager) จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นและขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller[8] ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ และการตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผลศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารและแนวคิดทฤษฎีจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาสรุปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง

2. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้จัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน และวิสัญญีแพทย์ 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหา มีความเหมาะสม เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยมีข้อแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข เช่น แนวทางการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้วิจัยได้นำคำแนะนำมาจัดทำเป็นรายการสำหรับตรวจสอบ (Checklist) เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินต่อไป

3. นำรูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง โดยแพทย์ผู้ผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 จำนวน 206 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง ที่มารับบริการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน และทดสอบแบบทางเดียวได้กลุ่มตัวอย่าง 58 คน และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive

Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง โดยแพทย์ผู้ผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดีพูดคุย สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่มาผ่าตัดตามนัด 2) ขณะทดลองมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เช่น เสียเลือดมากจากการผ่าตัด ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนานเกิน 2 ชั่วโมง ฟื้นจากการระงับความรู้สึกช้า เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา คือ รูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (TISC Model) ประกอบด้วย T: Team work หมายถึง การทำงานเป็นทีม I: (Information) providing information efficiently หมายถึง การให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ S: (Self-efficacy) Enhancing patient self-efficacy หมายถึง การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ C: (Caregiver) Participation of caregivers หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย 1) การงดหรือเลื่อนผ่าตัด 2) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ 3) แผลบวมแดง/ติดเชื้อ และ 4) การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) ใน 1 สัปดาห์

2.2 เครื่องมือวัดระดับความวิตกกังกลของกาเบอร์สัน[9]

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการตรวจร่างกายและประเมินก่อนการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อมาโรงพยาบาลในวันผ่าตัด การดูแลตัวเองหลังการผ่าตัด และการสังเกตอาการผิดปกติ ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และการติดตามเยี่ยมภายหลังการผ่าตัดทางโทรศัพท์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 1 คนวิสัญญีแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการพัฒนา

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการบริการ และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับการบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Pre-test) เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดและพักฟื้นจนผ่านเกณฑ์ประเมินความปลอดภัยก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัย

ได้ทบทวนการดูแลตนเองที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Post-test) และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบริการที่ได้รับ โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรมภายใต้รูปแบบ TISC Model มีกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามรูปแบบ TISC Model

(TISC Model)	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
T : Team work	- ประชุมทีมพยาบาล - กำหนดบทบาทหน้าที่	- ชี้แจงแนวทางการบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตน - ชี้แจงบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงาน - สร้างเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	มกราคม 2567-พฤษภาคม 2567	- ทุกหน่วยงานให้บริการเป็นแนวทางเดียวกัน - บทบาทหน้าที่ของพยาบาล - ทีมพยาบาลรู้จักบทบาทหน้าที่ตามบริบทของหน่วยงาน
I : information (Providing information efficiently)	- การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล - ประเมินผลการรับรู้ และความเข้าใจทุกครั้ง	- ให้ความรู้การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นลำดับขั้นตอน - ทวนสอบการรับรู้และความเข้าใจหลังการให้ข้อมูลทุกครั้ง - ใช้วิธีการหลากหลายในการให้ข้อมูล - แจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหลงลืม - ติดตามเยี่ยมผ่านโทรศัพท์ /ไลน์	มกราคม 2567-พฤษภาคม 2567	- คู่มือการปฏิบัติ - แผ่นพับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย - สื่อวิดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยต้นแบบ
S: Self-efficacy (Enhancing patient self-efficacy)	- ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Albert Bandura - การเรียนรู้จากประสบการณ์สำเร็จของตนเอง - การเรียนรู้จากประสบการสำเร็จของผู้อื่น - การใช้คำพูดจูงใจ - การกระตุ้นอารมณ์	- ให้ความรู้เรื่องแนวคิดการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับผู้ป่วยและผู้ดูแล - ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองและประเมินผลด้วยตนเอง - ผู้ป่วยเรียนรู้ประสบการณ์ผู้อื่นจากสื่อวิดีทัศน์ - ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ และให้กำลังใจ - ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง อุปสรรค และการแก้ปัญหากับผู้ป่วยอื่น	มกราคม 2567-พฤษภาคม 2567	- มาผ่าตัดตามนัด - มาพบแพทย์หลังผ่าตัดตามนัด - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด - แผลผ่าตัดไม่มีอักเสบ บวม แดง - ไม่กลับมารักษาซ้ำ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(TISC Model)	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
C : Caregiver (Participation of caregiver)	-สร้างการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังผ่าตัด	- ให้ความรู้ผู้ดูแล - การให้กำลังใจ - การให้คำปรึกษา - ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย อุปสรรค และการแก้ปัญหา	มกราคม 2567-พฤษภาคม2567	ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยและเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์

กลุ่มควบคุม ได้รับการบริการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้งได้แก่ ครั้งที่ 1 เมื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ประเมินผู้ป่วยผ่านตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Pre-test) เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโดยการสอนและแจกแผ่นพับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายการติดตามครั้งต่อไป ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดและพักฟื้นจนผ่านเกณฑ์ประเมินความปลอดภัยก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยได้ทบทวนการดูแลตนเองที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Post-test) และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบริการที่ได้รับ (ดำเนินการเดือนตุลาคม 2566 - เดือนมกราคม 2567)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ Chi-square

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนาด้านภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด/หัตถการ การเกิดแผลผ่าตัดบวมแดงหรือติดเชื้อ และการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ โดยใช้ Percentage Differences

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้หนังสือการรับรองเลขที่ COE 1072566 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2566 และผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) การเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้ตอบแบบสอบถาม และ 7) ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือนหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

สถานการณ์การบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (57.10%) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (65.70%) มีสถานภาพสมรส (58.60%) จบการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด (60.00%) มีอาชีพเกษตรกร

(60.00%) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท (34.30%) และเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (50.00%) เมื่อทบทวนสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลโพนทอง ปีงบประมาณ 2565 – 2566 พบว่ามีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจำนวน 273 คน มีจำนวนครั้งของการงดหรือเลื่อนผ่าตัดจำนวน 41 ครั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการจำนวน 27 ราย เกิดแผลผ่าตัดบวม แดง หรืออักเสบจำนวน 5 ราย และมีการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์จำนวน 11 ราย เมื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง พบว่าการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลโพนทอง ยังอยู่ในระยะการศึกษาเรียนรู้ตามเอกสารวิชาการและการศึกษาดูงานโรงพยาบาลใกล้เคียงและนำมาประยุกต์ใช้ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล จึงมีรูปแบบการบริการพยาบาลที่หลากหลาย ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ป่วยสบสน ขาดความมั่นใจและมีความกังวลกับการดูแลตนเองที่บ้านทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ส่วนความต้องการของพยาบาลต้องการให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน มีคู่มือ และถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

2. รูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (TISC Model) ประกอบด้วย T: Team work หมายถึง การทำงานเป็นทีม I: Information (Providing information efficiently) หมายถึง การให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ S: Self efficacy (Enhancing patient self-efficacy) หมายถึง การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ C: Caregivers (Participation of caregiver) หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ดังภาพประกอบที่ 1

ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (Mean= 7.20, SD. = 1.32 และ Mean = 7.03, SD. = 1.42 ตามลำดับ) และระดับความวิตกกังวลหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีระดับความวิตกกังวล (Mean= 5.25, SD. = 0.92) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบเดิม (Mean= 6.97, SD. = 1.46) ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
ก่อนการทดลอง	7.03(1.42)	7.20(1.32)	5.33	.001
หลังการทดลอง	5.26(0.92)	6.97(1.46)		

3.2 ผลการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า มีการลดลงของอัตราการการงดหรือเลื่อนผ่าตัดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (-80% และ-85% ตามลำดับ) จำแนกเป็นอาการปวดแผลผ่าตัดที่ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน และคลื่นไส้/อาเจียน (-100% และ -82% ตามลำดับ) มีการลดลงของอัตราการเกิดแผลผ่าตัดบวมหรือแดงหรือติดเชื้อ (-100%) ส่วนการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ การเกิดแผลบวม/แดง/ติดเชื้อ และการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	%Difference
งดหรือเลื่อนผ่าตัด	5(14.28)	1(2.86)	-80.00
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ	13(37.14)	2(5.71)	-85.00
- ปวดแผลไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน	2(5.71)	0(0)	-100.00
- เลือดออกจากแผลผ่าตัดผิดปกติ	0(0.00)	0(0.00)	ไม่แตกต่าง
- อาการคลื่นไส้อาเจียน	11(31.43)	2(5.71)	-82.00
แผลผ่าตัดบวมหรือแดงหรือติดเชื้อ	1(2.86)	0(0.00)	-100.00
กลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์	0(0.00)	0(0.00)	ไม่แตกต่าง

3.3 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาล โพนทอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบริการตามรูปแบบเดิมกับผู้ป่วยที่ได้รับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีระดับความพึงพอใจแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีระดับความพึงพอใจ (Mean= 4.32, SD. = 0.34) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบเดิม (Mean= 3.87, SD. = 0.28) (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ความพึงพอใจ	n	Mean(SD.)	t	p
กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบเดิม	35	3.87(0.28)	6.09	.001
กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น	35	4.32(0.34)		

วิจารณ์

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 70 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ย 10,000-20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด และเข้ารับบริการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิสาส์ ทองดอนง้าว[10] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และทำหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างมากที่สุดร้อยละ 94.6 แต่แตกต่างการศึกษาของอุไรวรรณ นนท์คนหมั่น[11] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40–60 ปี และเข้ารับการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนมากที่สุด และการศึกษาของขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา และคณะ[12] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีอายุเฉลี่ย 53.57 ปี และเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลโพนทองเป็นช่วงระหว่างที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างมากที่สุด

สถานการณ์การให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง พบปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการเตรียมตัวที่บ้านก่อนการผ่าตัดและดูแลตนเองที่บ้านหลังผ่าตัด เกิดการงดหรือเลื่อนผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ แผลผ่าตัดบวมแดงหรืออักเสบ และผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ ด้านการบริการ ได้แก่ ไม่มีคู่มือการปฏิบัติแบบเป็นรูปธรรมและการปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการแต่ละหน่วยงานไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของชญานิศ ธัมธนพัฒน์[13] ที่พบว่าก่อนการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่วนการบริการพบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกด้านและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และการศึกษาของอวยพร จงสกุล และคณะ[14] ที่พบว่าปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ได้แก่ ผู้ป่วยเครียดวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ สังเกตได้ว่าปัญหาและความต้องการที่พบมีความเหมือนและคล้ายคลึงกันทั้งด้านผู้ป่วย และ

ด้านการให้บริการ เนื่องจากการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับยังเป็นบริการผ่าตัดรูปแบบใหม่ที่หลายโรงพยาบาลอยู่ในช่วงของการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาเพื่อหารูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ มนูญญา และสกาวเดือน ขำเจริญ[15] ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร พบว่าการพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจากสถานการณ์จริงของผู้ปฏิบัติจะก่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการมีความรู้ และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน จะก่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพการบริการและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้[16]

รูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด (TISC Model) ประกอบด้วย T: Team work (การทำงานเป็นทีม) ชี้แจงแนวทางการบริการผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะตนเอง ชี้แจงบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงาน สร้างเครื่องมือเพื่อสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการมีส่วนร่วมของทีมผู้ดูแล I : information (การให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ) ให้ความรู้การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ครอบคลุมการให้บริการทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะพักฟื้น และระยะหลังผ่าตัด ทวนสอบการรับรู้และความเข้าใจหลังการให้ข้อมูลทุกครั้ง ใช้วิธีการหลากหลายในการให้ข้อมูล แจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหลงลืม และติดตามอาการผ่านโทรศัพท์ /ไลน์ S: Self-efficacy (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) โดยการให้ความรู้เรื่องแนวคิดการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ และให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและประเมินผลการดูแลด้วยตนเอง สนับสนุนการเรียนรู้ประสบการณ์ผู้อื่นจากสื่อวิดีทัศน์ จัดให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด อุปสรรคและการแก้ปัญหากับผู้ป่วยอื่น C : Caregiver (การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการสังเกตอาการผิดปกติแก่ผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย อุปสรรคและการแก้ปัญหากับผู้ป่วยและผู้ดูแลอื่น การชื่นชม ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจทั้งแบบต่อหน้าและทางโทรศัพท์/ไลน์ โดยเครื่องมือประกอบการพัฒนา ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลขัดเจนทุกขั้นตอน แผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด พร้อมกับช่องทางการติดต่อพยาบาลผู้รับผิดชอบทั้งเบอร์โทรศัพท์และไลน์ (Application Line) และสื่อวิดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของผู้ป่วยต้นแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผา บุญญามณี และอรวรรณ หนูแก้ว[5] ที่พบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self – efficacy) ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ และการศึกษาของ ชวมัย ปินะเก และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์[17] ที่พบว่าการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นวิธีการที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมได้

ผลการนำรูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดไปใช้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบเดิม และผลลัพธ์ด้านการงดหรือเลื่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และอาการบวม แดง อักเสบของแผลผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ส่วนการกลับมารักษาซ้ำใน 1 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการบริการเป็นลำดับขั้นตอนที่มีการกำหนดรายละเอียดการดูแล ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ รวมทั้งการประเมินทางวิสัญญีและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

การรักษาและการปฏิบัติตัวทั้ง 4 ระยะในครั้งแรกที่มาโรงพยาบาลทั้งในรูปแบบการให้ข้อมูล การตอบข้อซักถาม การดูสื่อวิดีทัศน์และการแจกแผ่นพับการปฏิบัติตัว อีกทั้งยังมีขั้นตอนการโทรศัพท์เน้นย้ำการปฏิบัติตัวที่สำคัญเป็นรายบุคคลตามชนิดการผ่าตัดหรือการทำหัตถการก่อนวันนัด 1 วันแก่ผู้ป่วยทุกราย มีช่องทางการติดต่อสอบถามพยาบาลผู้รับผิดชอบ (ODS Nurse Manager) กรณีมีปัญหาหรือข้อสงสัยเพื่อสร้างความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ช่วยลดความเครียด วิตกกังวลจากการขาดความรู้ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาผ่าตัดหรือทำหัตถการตามนัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร จงสกุล และคณะ[14] ทีพบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการผ่าตัดตามนัด และการศึกษาของ เบญจวรรณ มนูญญา และสกาวเดือน ขำเจริญ[15] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นขั้นตอนแบบครบวงจร สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ และอาการปวดแผลผ่าตัดได้

ส่วนด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการที่ได้รับมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการรูปแบบเดิม เนื่องจากรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้น ได้เน้นขั้นตอนการบริการที่สั้น กระชับ ใช้เวลาน้อย ลดเวลาและความยุ่งยากของขั้นตอนการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของดังฝัน เอี่ยมสุวรรณ[18] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการส่องกล้องเพื่อการรักษาภาวะนิ่วในท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตีบในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่าการบริการที่สร้างความพึงพอใจและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ การมีระบบบริการที่ลดขั้นตอนและจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาล และการศึกษาของอุไรวรรณ นนท์คนหมั่น[11] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลนครพนม พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนชัดเจน และทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีรูปแบบการทำงานเป็นทีม การให้บริการเกี่ยวโยงกับหลายจุดบริการ ควรมีการประชุมชี้แจงแนวทางการการปฏิบัติให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อสร้างการรับรู้ร่วมกัน และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน อีกทั้งควรมีการทบทวนรูปแบบการบริการเป็นระยะ และปรับปรุงให้ข้อมูลความรู้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับแนวปฏิบัติตามมาตรฐานสากล

ทักษะการสื่อสารและการใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายได้ ดังนั้นทุกหน่วยงานควรมีแผนการนิเทศพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานให้ทีทักษะด้านการบริการที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วยและญาติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อประสานความร่วมมือให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS). กรุงเทพ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2023.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS). กรุงเทพ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2022.
3. Badura A. Control (Psychology), Self-efficacy. New York: W.H. Freeman; 1997.

4. ชวมัย ปีนะเก, อมฤต สุวัฒนศิลป์, วรรณพร คงอุ่น, นิธิยา นามวงศ์, สุคนธ์ทิพย์ เรียงริลา. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2020;17(3):64-75.
5. บุบผา บุญญามณี, อรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนา และผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง เพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2567;11(2):1-15.
6. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลโพนทอง. รายงานผลการให้บริการ. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลโพนทอง; 2565.
7. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลโพนทอง. ฐานข้อมูลโรงพยาบาลโพนทอง. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลโพนทอง; 2565.
8. Crabtree B F, Miller W L. Doing qualitative research. London: SAGE; 1992.
9. Gambeson K B. The effect of humorous distraction on preoperative anxiety: A pilot study. AORN J. 1991;54(6):1234-9.
10. สุวิสาส์ ทองดอนจ้าว. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา.2566;8(4):868-75.
11. อุไรวรรณ นนท์คนหมั่น. การพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2563;7(1):52-62.
12. ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา, จิรธิดา อนันต์นาวีนุสรณ์, วาสนา ธรรมวาจา, รุ่งทิพย์ รัตนไมตรีเกียรติ, เกรียงศักดิ์ ชัยนาภาพงษ์. การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2563;29(1):23-36.
13. ชญานิศ ธัมธนพัฒน์. การพัฒนาระบบการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564;6(1):57-63.
14. อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์, ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต 4, 5. 2563;39(1):109-25..
15. เบญจวรรณ มนูญญา, สกาวเดือน ขำเจริญ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(1):13-24.
16. Abate S M, Chekol Y A, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. Int J Surg Open. 2020;29:81-90.
17. ชวมัย ปินะเก, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566; 20(1):242-51.
18. ดังฝัน เอี่ยมสุวรรณ. ประสิทธิผลของการส่องกล้องเพื่อการรักษาภาวะนิ่วในท่อน้ำดีและท่อน้ำดีตีบในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2565;41(1):45-52.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Container Index: CI) ของประชาชนในเทศบาลตำบลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of a Motivational Enhancement Program on Knowledge, Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behaviors, and the Aedes Larval Index Among Residents of Nong Phok Subdistrict Municipality, Roi Et Province

มานะ ภูมิพันธุ์* กฤษฎา เสนาหาร อัฉราพร อุดมรักษ์*****
Mana pumipantu, Krisada Senaharn, Acharapon Udomrak
Corresponding author: phumphan5413@gmail.com
(Received: August 2, 2024; Revised: August 8, 2024; Accepted: September 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลความคาดหวังในความสามารถของตน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และค่าร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI)

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group, pretest-posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนจาก 5 หมู่บ้าน 486 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ 0.82 แบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.83, 0.79, 0.86, 0.79 และ 0.83 ตามลำดับ และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 5.51 คะแนน (95%CI; 5.10, 5.59) ; กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยรวมมากกว่า 2.05 คะแนน (95%CI; 1.95, 2.15) และดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยรวมในสัปดาห์ที่ 16 ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 56.16

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้นและดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ลดลง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างแรงจูงใจ; พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค; ดัชนีลูกน้ำยุงลาย

*,**,*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอก

Abstract

Purposes : To compare the mean scores of knowledge, perceived severity, perceived susceptibility, expected effectiveness, self-efficacy, preventive behaviors for disease control, and the Container Index (CI) for Aedes mosquito larvae before and after the intervention.

Study design : This study employed a quasi-experimental research design with a one-group pretest-posttest methodology.

Materials and Methods : The sample consisted of 486 household representatives from five villages, selected using cluster random sampling. Data were collected through a knowledge test with a reliability coefficient (KR-20) of 0.82, and questionnaires with Cronbach's alpha coefficients of 0.83, 0.79, 0.86, 0.79, and 0.83, respectively. Additionally, observational records were used. Data analysis involved frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests, with statistical significance set at a 95% confidence interval.

Main findings : Post-intervention, the participants demonstrated a significantly higher mean knowledge score regarding dengue fever compared to pre-intervention ($p<.001$), with an increase of 5.51 points on average (95% CI: 5.10, 5.59). The overall motivation enhancement score also significantly increased post-intervention ($p<.001$), with an average increase of 2.05 points (95% CI: 1.95, 2.15). The Container Index (CI) for Aedes mosquito larvae decreased by 56.16% in the 16th week compared to the 1st week.

Conclusion and recommendations : The findings indicate an improvement in disease prevention and control behaviors, as well as a reduction in the Container Index (CI) for Aedes mosquito larvae.

Keywords : Motivation enhancement; Disease prevention and control behaviors; Container Index (CI)

*,**,*** Public Health Technical Officer, Professional Level, Nong Phok District Public Health Office.

บทนำ

ไข้เลือดออก (Dengue fever) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคสู่คนผ่านการกัดของยุงสายที่เคยกัดคนที่ติดเชื้อไวรัสเดงกี 1 ใน 4 สายพันธุ์ (DENV-1-DENV-4) ที่ทำให้เป็นโรคไข้เลือดออก ผู้ที่เป็นไข้เลือดออกอาจไม่มีอาการใด ๆ ไปจนถึงมีไร้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน มีจ้ำเลือดหรือจุดเลือดออกเล็ก ๆ ตามผิวหนัง ไข้เลือดออกรุนแรงอาจทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ช็อก และเสียชีวิต ควรรีบพบแพทย์โดยเร็ว ดังสถานการณ์โรคไข้เลือดออก (Dengue fever : DF, Dengue haemorrhagic fever : DHF, Dengue shock syndrome : DSS) ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2560 - 2565 พบว่ามีการระบาดสูงสุดในปีงประมาณ พ.ศ. 2562 และในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 เริ่มมีแนวโน้มลดลง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตน้อยที่สุด เนื่องจากได้รับผลกระทบจากมาตรการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โรคโควิด 19 มีแนวโน้มของสถานการณ์ที่ลดดลง กลับพบว่า โรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มพบผู้ป่วยและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ดังรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.2560-2565 พบผู้ป่วย จำนวน 53,189 ราย, 87,212 ราย, 130,705 ราย, 71,292 ราย, 9,956 ราย และ 45,145 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 80.50, 131.54, 196.59, 107.41, 14.97 และ 68.22 จำนวนผู้ป่วยตาย 63 ราย, 115 ราย, 142 ราย, 51 ราย, 6 ราย และ 29 ราย และอัตราป่วยตาย (ร้อยละ) 0.12, 0.13, 0.11, 0.07, 0.06 และ 0.06 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 32,460 ราย อัตราป่วย 49.05 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้เดงกี (DF) 24,483 ราย (ร้อยละ 75.43) ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) 7,734 ราย (28.83) และไข้เลือดออกช็อก (DSS) 243 ราย (0.75) ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 15,943 ราย เพศหญิง 16,517 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1:1 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 5 - 14 ปี อัตราป่วย 135.61 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 15-24 ปี (87.37) และ 0-4 ปี (60.99) ตามลำดับ สัดส่วนอาชีพที่พบสูงสุด คือ นักเรียน ร้อยละ 42.39 รองลงมาคือ รับจ้าง (18.23) และเกษตรกรรม (8.59) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 95.23 รองลงมา สัญชาติพม่า (2.63)[1]

เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ.2562-2566 พบผู้ป่วยจำนวน 3,797 ราย, 1,643 ราย, 282 ราย, 634 ราย, และ 1,744 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 294.41, 127.39, 21.87, 49.16 และ 135.22 จำนวนผู้ป่วยตาย 1 ราย, 0 ราย, 0 ราย, 0 ราย และ 1 ราย อัตราป่วยตาย (ร้อยละ) 0.078, 0, 0, 0, และ 0.078 ตามลำดับ และสถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอหนองพอก ตั้งแต่ พ.ศ.2562-2566 พบผู้ป่วยจำนวน 288 ราย, 53 ราย, 0 ราย, 7 ราย และ 98 อัตราป่วยต่อแสนประชากร 430.18, 79.17, 0.00, 10.75, และ147.44 ไม่มีรายงานจำนวนผู้ป่วยตาย[2] ผู้ป่วย DHF และผู้ป่วย DSS จะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่สำคัญ 2 ประการ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค นั่นคือ ภาวะการรั่วของพลาสมา (Plasma leakape) และภาวะเลือดออกผิดปกติ (Abnormal hemostasis)[3] หากทั้ง 2 ภาวะนี้มีความรุนแรง มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยให้อัตราป่วยตายของผู้ป่วยเหล่านี้ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1.0 สำหรับประเทศไทย พบว่า มีอัตราป่วยตายประมาณร้อยละ 0.1 ซึ่งลดลงกว่าในอดีตและน้อยกว่าอัตราป่วยตายของทั่วโลก[4]

ในขณะที่โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever : DHF) เป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขใน พื้นที่ประเทศเขตร้อนเนื่องจากมียุงลายเป็นพาหะนำโดย โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypt) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวัน และดูดเลือดคนเป็นอาหารจะกัดดูดเลือด ผู้ป่วยซึ่งในระยะไข้สูงจะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงเข้าไปอยู่ในเซลล์

ที่ผนังกระเพาะ เพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วออกมาจากเซลล์ผนังกระเพาะ เดินทางเข้าสู่ ต่อมน้ำลายพร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป[5] ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ 8 - 12 วัน เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนอื่นอีก ก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ 5 - 8 วัน (สั้นที่สุด 3 วัน – นานที่สุด 15 วัน) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการ ของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้าย ไข้เดงกี่ (Dengue fever หรือ DF) ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้[6]

แผนงานป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคด้วยองค์กรของเขาเอง เน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียน และแม่บ้าน ในการเฝ้าระวังกำจัดทำลายลูกน้ำและยุงลายในบ้าน โรงเรียน ศาสนสถาน และชุมชนบริเวณพื้นที่ว่างเปล่าไม่มีเจ้าของจัดโครงการประกวดบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย จัดโครงการโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์น้ำยาเคมีภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนทีมสอบสวน และควบคุมโรค เน้นกิจกรรมด้านการให้สุขศึกษา และประชาชนสัมพันธ์ในทุกรูปแบบ เช่น การณรงค์การจัดนิทรรศการ การแข่งขันตอบคำถามการเผยแพร่ทางสื่อสารมวลชนทุกประเภท จัดให้มีระบบเฝ้าระวังโรคและพาหะนำโรคที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งมีระบบการรายงานที่ถูกต้องและทันเวลา และจัดการสำรวจความสมบูรณ์พร้อม HI/CI ในทุกหมู่บ้านและโรงเรียน[7]

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต้องประสบกับความเจ็บปวดที่มีผลกระทบต่อชีวิต ร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องต่อสู้และเผชิญกับภาวะวิกฤตของภาวะช็อคจากพลาสมารั่วออกไปกะทันทันทัน ปัญหาทางด้านร่างกายที่สำคัญดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ดังนั้น การช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ทำให้รอดพ้นจากภาวะช็อค และภาวะแทรกซ้อน จึงต้องมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับระยะต่างๆ ของโรค รับรู้ถึงความสำเร็จ และสามารถดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อถึงผู้อื่นได้ สรุปว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกนั้น ผู้ที่ให้การดูแลรักษาต้องมีความรู้ความสามารถมีประสบการณ์ในการประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนประเมินการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการและสามารถวิเคราะห์และวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะช็อคมีความสำคัญมากและทีมแพทย์พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ตลอดจนให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่บ้าน[8] รวมทั้งการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะกับโรค ตลอดจนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนอย่างสม่ำเสมอด้วย ดังนั้น การดำเนินมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค จึงควรดำเนินการครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นในพื้นที่เสี่ยงสูง ซึ่งมีโอกาสจะเกิดการแพร่ระบาดได้มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ประกอบด้วยมาตรการเฝ้าระวัง มาตรการควบคุมโรค และการจัดการแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายในสถานที่สำคัญต่างๆ ได้แก่ บริเวณบ้านเรือนในชุมชน โรงเรียน โรงแรม ศาสนสถาน โรงงาน และสถานที่ราชการ รวมถึงการเตรียมความพร้อมทรัพยากรในการควบคุมโรค มาตรการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยและการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนตื่นตัวในการป้องกันโรค โดยเฉพาะในช่วงก่อนเข้าฤดูฝน (เดือนมกราคม - เมษายน) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในวงกว้างและลดความรุนแรงของโรคในช่วงก่อนฤดูกาลระบาด ทั้งนี้การดำเนินมาตรการต่างๆ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข[9-10]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงการควบคุมโรคจะเห็นได้ว่าจากในอดีตที่ผ่านมาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น ส่วนใหญ่จะเน้นที่หน่วยงานของรัฐ (หน่วยงานด้านสาธารณสุข) เป็นฝ่ายดำเนินการให้โดยที่องค์กรอื่นๆ ในชุมชน หรือประชาชนในชุมชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและดำเนินการควบคุมป้องกันโรคร่วมกัน ทำในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในอดีตที่ผ่านไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร และไม่คุ้มกับการลงทุน ดังนั้น ผู้วิจัยจึง

ได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Container Index:CI) ของประชาชนในเทศบาลตำบลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขโดยเริ่มให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนการรับรู้ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและวัสดุที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งปัจจุบันถือว่าสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นกว่าเดิมในระดับหนึ่ง อีกทั้งเป็นการประหยัดงบประมาณการซื้อวัสดุ เพียงแต่ให้มีการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนให้เกิดความยั่งยืนมั่นคงมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ต้องพยายามทำต่อไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และค่าร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Container Index: CI) ของประชาชนในเทศบาลตำบลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group, pretest - posttest design) ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนกันยายน 2566 และการศึกษานี้ใช้เวลาในการเก็บรวมรวมข้อมูลตามโปรแกรม 16 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

พื้นที่ทำการวิจัย คือ ตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงเกินเกณฑ์ 50 ต่อแสนประชากร และเป็นพื้นที่ที่อยู่ห่างกันเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูล มีสภาพทางเศรษฐกิจสังคม การประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ เขตเทศบาลตำบลหนองพอก และตำบลรอบเมือง

ประชากรศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองพอก และตำบลรอบเมือง จำนวน 10 หมู่บ้าน 2,488 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ได้ 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านหนองพอก, หมู่ที่ 8 บ้านหนองพอก, หมู่ที่ 11 บ้านหนองพอก ตำบลหนองพอก, หมู่ที่ 5 บ้านหนองพอก และหมู่ที่ 10 บ้านประชาสามัคคี ตำบลรอบเมือง รวมทั้งหมด 1,250 หลังคาเรือน และสุ่มอย่างง่าย (Simple randonm sampling) ได้จำนวน 486 หลังคาเรือน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นตัวแทนครัวเรือนอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านหนองพอก หมู่ที่ 1,8 และ 11 ตำบลหนองพอก, หมู่ที่ 5 บ้านหนองพอก และหมู่ที่ 10 บ้านประชาสามัคคี ตำบลรอบเมือง ไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อป้องกันการย้ายที่อยู่ และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดโรคไข้เลือดออก และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการดำเนินการศึกษาวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาน้อยกว่าร้อยละ 80 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างดำเนินการวิจัย และ 3) กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ในระหว่างดำเนินการ

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นตำบล หมู่บ้าน และรายครัวเรือน

หมู่บ้าน	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	กลุ่มตัวอย่าง
ตำบลหนองพอก		
หมู่ที่ 1 บ้านหนองพอก	382	100
หมู่ที่ 8 บ้านหนองพอก	424	100
หมู่ที่ 11 บ้านหนองพอก	248	100
ตำบลรอบเมือง		
หมู่ที่ 5 บ้านหนองพอก	86	86
หมู่ที่ 10 บ้านประชาสามัคคี	110	100
รวม	1,250	486

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค[11] และงานวิจัยของเกตุศิริ จันทนูศร[12] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยจัดกิจกรรมเป็น 5 ครั้งๆ ละ 1 หมู่บ้าน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้เรื่อง ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดย

1. ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

2. นักระบาดวิทยา บรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือด และอบรมความรู้โรคไข้เลือดออกประกอบด้วยสาเหตุของโรคไข้เลือดออก อาการของโรคข้เลือดออก การติดต่อของโรคไข้เลือดออก การรักษาโรคไข้เลือดออก วงจรชีวิตของยุง การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้โปรแกรมนำเสนอข้อมูล Power point

กิจกรรมที่ 2 บุคคลต้นแบบ (การสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก) สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดย 1) ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 2) ให้บุคคลต้นแบบถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออกและประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนป่วยและหลังป่วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 3) วิทยากรสรุปสาระสำคัญของกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 ภาพสะท้อน (การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก) สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดย 1) ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 2) ให้แต่ละกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีหัวข้อดังนี้ 2.1 ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพื้นที่ของท่านมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกหรือไม่ 2.2 เมื่อมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่หมู่ที่ 1, 5, 8, 10 และ 11 ท่านทำอย่างไร 2.3 ท่านพบปัญหาใดบ้างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอและจดบันทึกเป็นภาพรวม และ 4) วิทยากรสรุปสาระสำคัญของกิจกรรม สะท้อนสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก และการรับมือเมื่อเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 ร่วมสร้างภาพฝัน (การสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออก) สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดย 1) ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 2) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวางแผนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนของตนเอง โดยมีหัวข้อดังนี้ 2.1 กำหนดเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนของตนเอง 2.2 กำหนดกิจกรรมและวิธีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนของตนเอง 2.3 กำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนของตนเอง 2.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) ให้ตัวแทนผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 5 คน นำเสนอเป้าหมาย และแผนการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนของตนเอง และจดบันทึกเป็นภาพรวม และ 4) วิทยากรสรุปสาระสำคัญของกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะ (การสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก) สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดย 1) ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 2) แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 5 กลุ่ม ตามจำนวนสมาชิกในแต่ละหมู่บ้าน โดยแบ่งตามหลังคาเรือนที่อยู่ในละแวกเดียวกันอยู่กลุ่มเดียวกัน 3) ให้แต่ละกลุ่มเข้าฐานฝึกทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3.1 การป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด สาธิตวิธีการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ยุงกัด เช่น การนอนกลางมุ้ง การใช้สเปรย์ฉีดยุง การทาโลชั่นกันยุง การจุดยากันยุง เป็นต้น 3.2 การจัดการสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน โดยมีภาพสถานการณ์ตัวอย่างประกอบด้วย ภาพสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภาพสภาพแวดล้อมนอกบ้าน เพื่อให้กลุ่มทดลองร่วมกันวิเคราะห์จุดเสี่ยงที่จะเป็นแหล่งพักอาศัยของยุงลาย และพื้นที่เสี่ยงที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และร่วมกันหาวิธีการในการจัดการปัญหาดังกล่าว 3.3 สังเกตวงจรชีวิตของยุงลาย เป็นการฝึกทักษะการสังเกตวงจรชีวิตของยุงลายทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะไข่ ระยะลูกน้ำ/ดักแด้ ระยะตัวโม่งและระยะยุงตัวเต็มวัย 3.4 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (5 ป 1 ข) การสาธิตวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายตามหลัก 5 ป 1 ข ประกอบด้วย 1) ปิดภาชนะน้ำกินน้ำใช้ให้มิดชิดหลังการตักใช้น้ำทุกครั้ง เพื่อป้องกันยุงลายลงไปวางไข่ 2) เปลี่ยนน้ำในแจกัน ถังเก็บน้ำทุกๆ 7 วัน เพื่อตัดวงจรลูกน้ำที่จะกลายเป็นยุง 3) ปล่อยปลากินลูกน้ำในภาชนะใส่น้ำถาวร 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดโปร่ง โล่งสะอาด ลมพัดผ่าน ไม่เป็นที่เกาะพักของยุงลาย 5) ปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย และส่วน 1 ข คือ การขัดล้างภาชนะก่อนเปลี่ยนน้ำใหม่ทุกสัปดาห์เพื่อกำจัดไข่ยุงที่เกาะอยู่ภายในภาชนะ 3.5 การบันทึกคำดัชนีลูกน้ำยุงลาย ผู้วิจัยเตรียมภาชนะตัวอย่างทั้งหมด 5 ภาชนะเพื่อให้กลุ่มทดลองฝึกการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และลงผลในแบบบันทึกคำดัชนีลูกน้ำยุงลาย และ 4) วิทยากรสรุปสาระสำคัญของกิจกรรมทั้ง 5 ฐานกิจกรรม 5 ฐาน ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 ฝึกสำรวจลูกน้ำยุงลาย (การสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก) สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดย 1) ผู้วิจัยอธิบายกิจกรรม วัตถุประสงค์ของกิจกรรม 2) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าประจำกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม เช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 เพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่ของตนเอง เตรียมความพร้อม และอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนลงพื้นที่สำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ค่าร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) 3) ลงพื้นที่สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม เช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 ลงพื้นที่สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเองและครัวเรือนของสมาชิกในกลุ่มพร้อมทั้งบันทึกคำร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C) โดยมีทีมผู้ช่วยผู้วิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำกลุ่ม กลุ่มละ 1 คน เพื่อให้คำแนะนำในการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย 4) ให้แต่ละกลุ่มถอดบทเรียนจากการลงพื้นที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย ในหัวข้อดังต่อไปนี้ 4.1 ปัญหาและอุปสรรค 4.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา 5) ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอและจดบันทึกเป็นภาพรวม และ 6) วิทยากรสรุปสาระสำคัญของกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของเกตุศิริ จันทนูศร[12] ได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร แบ่งข้อคำถามเป็น 7 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่งในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครัวเรือน **ส่วนที่ 2** แบบทดสอบถความรู้เกี่ยกวับโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ กำหนดให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ท (Liker's scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ กำหนดให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ท (Liker 's scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ เหมือนส่วนที่ 3 **ส่วนที่ 5** แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ กำหนดให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามแบบมาตราวัดประมาณค่าของลิเคิร์ท (Liker 's scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ เหมือนส่วนที่ 3 **ส่วนที่ 6** แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 11 ข้อ กำหนดให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ท (Liker 's scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ เหมือนส่วนที่ 3 **และ ส่วนที่ 7** แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคิร์ท (Liker 's scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลยกำหนดให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 1 คะแนน

2.2 แบบบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยประยุกต์จากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย (ก.อ. 1/1) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร มีขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดโครงสร้างของเนื้อหา และสร้างแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย และ 3) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของเครื่องมือ ตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Item objective congruence index: IOC) โดยให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1, 0 และ -1 ในแต่ละระดับจำนวนผู้เชี่ยวชาญเมื่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านได้ตรวจสอบเสร็จแล้ว ผู้วิจัยประเมินหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาคำาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหา[13]

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และแบบบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ผ่านการปรับปรุง และแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (Ty out) กับประชาชนในบ้านโคกกลาง หมู่ที่ 2 ตำบลผาน้ำย้อย อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 50 คน หลังจากนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha-coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach) โดยพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป[5] ผลการวิเคราะห์ที่ได้จากค่าความเชื่อมั่นพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.83, 0.79, 0.86, 0.79 และ 0.83 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวมรวมข้อมูล หลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขั้นตอนก่อนดำเนินการวิจัย โดย 1) จัดทำหนังสือขอดำเนินการวิจัยและเก็บรวมรวมข้อมูลงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอกถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลหนองพอกและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการวิจัย 2) ลงพื้นที่ดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยในตัวแทนครัวเรือนอายุ 20-59 ปี

ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยที่กำหนด 3) เตรียมผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็นทีมวิทยากร 2 คน ทีมผู้ช่วยวิทยากรประจำกลุ่ม ๆ ละ 3 คน โดยมีการจัดอบรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนในการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย รวมถึงวิธีการบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินงานและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน และ 4) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบตามข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดย 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการวิจัย และกำหนดตารางกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และ 2) ดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน **สัปดาห์ที่ 1** ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 เล่าเรื่องไข้เลือดออกเป็นการอบรมความรู้โรคไข้เลือดออก รับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก **สัปดาห์ที่ 2** ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 บุคคลต้นแบบ ใช้ตัวแบบที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออกที่พบ สาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระยะเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 3 ภาพสะท้อน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา และระบุปัญหาที่พบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระยะเวลา 1 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ 4 ภาพฝัน การตั้งเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนของตนเอง ระยะเวลา 1 ชั่วโมง **สัปดาห์ที่ 3** ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะฐานฝึกทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งหมด 5 ฐาน ได้แก่ การป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด การจัดการสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน สังเกตวงจรชีวิตของยุงลาย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที และกิจกรรมที่ 6 ฝึกสำรวจลูกน้ำยุงลายลงพื้นที่สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที 3) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบทดสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) ในกลุ่มทดลอง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้ง และ 4) ขั้นตอนการดำเนินงานภายหลังการวิจัยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามและแบบสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

และค่าร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ทดสอบโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อได้รับอนุมติผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการจัดโปรแกรม การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มทดลองเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่เมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 486 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 280 คน (57.60%) อายุเฉลี่ย 26 ปี (SD.= 14.8) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 313 คน (64.40%) จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 311 คน (64.00%) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 191 คน (39.30%) รายได้มัธยฐาน 20,000 บาทเดือน (IQR; 10,000, 45,000) เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 486 คน (100.0%) แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ วิทยุ/โทรทัศน์ จำนวน 168 คน (34.60%) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 463 คน (95.30%) และเคยมีประวัติการเจ็บป่วยโรคข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว จำนวน 27 คน (5.60%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 486)

ตัวแปรลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	เพศชาย	206(42.40)
	เพศหญิง	280(57.60)
อายุ	Mean(SD.)	26.3(14.8)
	Min(max)	15(65)
สถานภาพสมรส	โสด	313(64.40)
	สมรส	155(31.90)
	หม้าย/หย่า/แยก	18(3.70)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	78(16.00)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	74(15.20)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	311(64.00)
	ปริญญาตรี	16(3.30)
	สูงกว่าปริญญาตรี	7(1.40)
อาชีพ	เกษตรกร	191(39.30)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	125(25.70)
	รับจ้างทั่วไป	75(15.40)
	พนักงานบริษัทเอกชน	18(3.70)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/	57(11.70)
	พนักงานของรัฐ	20(4.10)
รายได้เฉลี่ย/เดือน	Mdn(IQR)	20,000(10,000, 45,000)
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	เคย	486(100.0)
แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	วิทยุ/โทรทัศน์	168(34.60)
	หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย	17(3.50)
	อสม.	111(22.80)
	ผู้นำชุมชน	69(14.20)
	เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์	121(24.90)
ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก		
	ไม่เคย	23(4.70)
	เคย	463(95.30)
ประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว		
	ไม่เคย	459(94.10)
	เคย	27(5.60)

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและค่าร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.1 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 5.51 คะแนน (95%CI; 5.10, 5.59) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก					
ก่อนการทดลอง	486	10.53(3.22)	5.51(0.21)	5.10, 5.59	<.001
หลังการทดลอง	486	16.04(3.16)			

2.2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยรวมมากกว่า 2.05 คะแนน (95%CI; 1.95,2.15) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, ความคาดหวังในประสิทธิผล, ความคาดหวังในความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (p< .001, .001, .001, .001, .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.91, 1.91, 1.91, 2.44, 2.08 คะแนน (95%CI; 1.81,2.01; 1.81,2.01; 1.81,2.01; 2.34,2.53; 1.98,2.18) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผล ความคาดหวังในความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
การรับรู้ความรุนแรง				
ก่อนการทดลอง	2.30(1.13)	1.91(0.05)	1.81,2.01	<.001
หลังการทดลอง	4.21(0.10)			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ก่อนการทดลอง	2.30(1.36)	1.91(0.01)	1.81,2.01	<.001
หลังการทดลอง	4.21(0.10)			
ความคาดหวังในประสิทธิผล				
ก่อนการทดลอง	2.30(1.03)	1.91(0.56)	1.81,2.01	<.001
หลังการทดลอง	4.21(0.12)			
ความคาดหวังในความสามารถของตน				
ก่อนการทดลอง	2.30(1.23)	2.44(0.05)	2.34,2.53	<.001
หลังการทดลอง	4.73(0.09)			
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค				
ก่อนการทดลอง	2.30(1.36)	2.08(0.01)	1.98,2.18	<.001
หลังการทดลอง	4.38(0.7)			
โดยรวม				
ก่อนการทดลอง	2.30(1.14)	2.05(0.05)	1.95,2.15	<.001
หลังการทดลอง	4.35(0.08)			

2.3 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของดัชนีลูกน้ำยุงลายรายหมู่บ้าน (CI) ทั้ง 5 หมู่บ้าน พบว่า ดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยรวมในสัปดาห์ที่ 16 ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 56.16 เมื่อพิจารณาเป็นรายหมู่บ้าน พบว่า หมู่ที่ 5 บ้านหนองพอกลดลงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.62 รองลงมา คือ หมู่ที่ 1 บ้านหนองพอก คิดเป็นร้อยละ 88.17 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าหมู่ที่ 10 บ้านประชาสามัคคี ลดลงน้อยที่สุด คือ 36.86 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายรายหมู่บ้านโดยรวม (CI) ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 16	% Differences
ภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI)			
หมู่ที่ 1 บ้านหนองพอก	13.76	5.34	-68.90
หมู่ที่ 8 บ้านหนองพอก	10.92	5.54	-48.91
หมู่ที่ 11 บ้านหนองพอก	10.09	5.01	-50.52
หมู่ที่ 5 บ้านหนองพอก	12.54	4.69	-71.62
หมู่ที่ 10 บ้านประชาสามัคคี	9.48	5.65	-36.86
เฉลี่ยโดยรวม	11.40	5.25	-56.16

วิจารณ์

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 5.51 คะแนน; กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยรวมมากกว่า 2.05 คะแนน และดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยรวมในสัปดาห์ที่ 16 ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 73.87 ส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงเช่นกัน พบผลเช่นเดียวกับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งพบว่า 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่าทุกหมู่บ้านมีคณะกรรมการควบคุมโรคโดยมีทั้งคำสั่งแต่งตั้ง SRRT ระดับตำบล และคำสั่งแต่งตั้งของหมู่บ้านเอง 2) การประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในหมู่บ้าน 3) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม กิจกรรมการทำความสะอาดหมู่บ้านเป็นกิจกรรมที่พบว่าทุกหมู่บ้านดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 4) การใช้มาตรการทางสังคมทุกหมู่บ้านมีการประชาคมหมู่บ้านเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อประกาศใช้ในการปฏิบัติ/บังคับให้คนในชุมชนปฏิบัติร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 5) นวัตกรรมชุมชนทุกหมู่บ้านมีการควบคุมโรคแบบผสมสานประกอบด้วยกำจัดยุงพาหะ 6) ทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ) ที่หมู่บ้านนำมาใช้ในการดำเนินงานมาจากหลายแหล่งทั้งจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มต่างๆในหมู่บ้าน และสมาชิกในหมู่บ้าน[9,10,14] สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคามส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น[15]

เช่นเดียวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอโพธิ์ประทับทับช้างจังหวัดพิจิตร ภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและต่ำกว่าก่อนการทดลอง[12]; คะแนนเฉลี่ยความรู้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการทดสอบสูงกว่าก่อนการทดสอบและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายหลังการทดสอบต่ำกว่าก่อนการทดสอบ และนำผลวิจัยมาจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1) ผลการนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Container Index:CI) ของประชาชนในเทศบาลตำบลหนองพอกครั้งนี้ส่งผลให้ประชาชนที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว มีความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ดังนั้น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองพอกควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2) ผู้บริหารระดับสูงหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย หรือแผนงานโครงการ เพื่อเป็นรูปแบบในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับพื้นที่อื่น เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตาย และลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายค่า HI, CI ในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านความเป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ไม่เน้นเรื่องจำนวนขนาดตัวอย่าง งานวิจัยนี้จึงไม่สามารถใช้อ้างอิงไปถึงกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ดีการศึกษาครั้งนี้เป็นการสะท้อนถึงมุมมองของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จริงและผู้มีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งอาจนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขรวมทั้งการวางแผนกลยุทธ์ เพื่อให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดอดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เมื่อ 7 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/drive/folders/1TTaSvaYYamVwA5Ig7ATZImicH-BuGXOXOSb
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอก. รายผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข 2565. ร้อยเอ็ด. งานควบคุมโรค. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอก; 2566.
3. Mackay B C. Aids and protection motivation theory (pmt): Effects of imagined scenarios on intent to use condoms. Michigan A Bell and Howell Information Comparny; 1992.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี่ในผู้ใหญ่ พ.ศ.2563. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

5. De Vellis R F. Scale development: Theory and applications (2nd ed., 26). Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 2003.
6. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธาธารณสุข. คู่มือป้องกันโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิดแอบด์ดีไซน์; 2558.
7. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เมื่อ 7 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/drive/folders/
8. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธาธารณสุข. คู่มือป้องกันโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิดแอบด์ดีไซน์; 2565.
9. ฐิติชญา ฉลาดล้น, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาตำบลต้นแบบหมู่ 3 บ้านทุ่งทอง ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาคุณภาพชีวิต. 2562;5(1):58-76
10. ชวนพิศ จักขจันทร์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ธะราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาวสารแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารควบคุมโรค. 2564;47(3):479-89.
11. Maddux J E, Rogers R W. Prolection Motivation and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Atitude Change. Journal of Experimental Social Psychology. 1983;19(5):469-79.
12. เกตุศิริ จันทนูศร. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
13. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี; 2555.
14. วรวิทย์ วุฒา. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2561;16(1):51-62.
15. ประเสริฐ ไหลหาโคตร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;13(3):43-50.
16. สุพล พรมเอี่ยม, มัณฑนา ปิยะชาติคุณากร, รัชนก ปัญญา. ประสิทธิผลโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว พื้นที่ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอดจังหวัดตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก; 2566

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการตีตราบาปทางสังคม ในเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

A Study of the Relationship Between Attitudes and Social Support with Social Stigma in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder at At Samat Hospital, Roi-Et Province

จิดาภา แสงกล้า*

Jidapa Sangkla

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

(Received: August 9, 2024; Revised: August 16, 2024; Accepted: September 16, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

รูปแบบการวิจัย : การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองนักเรียนที่ป่วยด้วยโรคเด็กสมาธิสั้น ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากจากโรงเรียนในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 116 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2566 โดยใช้เก็บแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson correlation coefficient

ผลการวิจัย : 1) การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และร้อยละ 35.5 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้ง 4 มิติ อยู่ในระดับมาก และ 2) คะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบมีความสัมพันธ์ทางบวก (y2) (rxy=3.12, p = .001) และเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก (rxy=-.211,p =.023) มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ได้แนวทางการลดการการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

คำสำคัญ : เจตคติ; การสนับสนุนทางสังคม; การตีตราบาปทางสังคม; เด็กสมาธิสั้น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

Abstract

Purposes : This study aims to examine the social stigma, attitudes, and social support concerning children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Additionally, it seeks to explore the relationship between attitudes and social support with social stigma toward children with ADHD.

Study design : Cross-sectional study.

Materials and Methods : The sample population consisted of 116 parents of students, selected through simple random sampling by drawing lots from schools in Atsamat district, Roi Et province, who met the inclusion criteria. Data were collected between June and July 2024 through questionnaires. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation coefficient.

Main findings : 1)The overall social stigma toward children with ADHD was moderate. Of the sample, 29.3% had below-average knowledge about ADHD, while 35.5% had above-average knowledge and exhibited lower levels of negative emotional attitudes toward children with ADHD. Social support for children with ADHD across all four dimensions was generally high and 2) The mean score for negative emotional attitudes showed a positive correlation with social stigma ($r_{xy} = 3.12$, $p = .001$), while positive emotional attitudes had a negative correlation with social stigma ($r_{xy} = -0.211$, $p = .023$).

Conclusion and recommendations : The findings from this study provide guidelines for reducing social stigma toward children with ADHD.

Keywords : Attitudes; Social Support; Social Stigma; Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

* Registered Nurse, Professional Level, At Samat Hospital.

บทนำ

สถานการณ์โรคสมาธิสั้น (ADHD) ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับ ADHD ยังค่อนข้างจำกัดในหลายพื้นที่ ทำให้หลายคนมองว่าพฤติกรรมที่เกิดจากโรคนี้เป็นเพียงพฤติกรรมที่ “ดื้อ” หรือ “ไม่ตั้งใจ” โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน ซึ่งปัญหาสมาธิสั้นนี้มักถูกเข้าใจผิดว่าเกิดจากการเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ปกครองและครูหลีกเลี่ยงการขอรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชหรือจิตวิทยา นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD มักมีปัญหาด้านการเรียนร่วมด้วย (เช่น คะแนน IQ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย) แม้จะมีข้อมูลจากงานวิจัยบางชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่ามีอัตราการวินิจฉัย Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ที่เพิ่มขึ้น แต่การรับรู้ในสังคม ยังค่อนข้างต่ำ ซึ่งทำให้บางคนไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม งานวิจัยในปี ค.ศ.2013 ระบุว่าอัตราการเกิด ADHD ในไทยอยู่ที่ 5-10% ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการเกิดทั่วโลกแต่ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่อิงตามมาตรฐานตะวันตกอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการของโรคในกลุ่มเด็กไทย[1]

สาเหตุของโรคสมาธิสั้น (ADHD) ชี้ให้เห็นถึงหลายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคนี้ โดยปัจจัยสำคัญมีทั้งทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสมอง เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าภาวะสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเด็กที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้ มีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคนี้เช่นกัน โดยเฉพาะจากฝาแฝด มีการพบความสัมพันธ์ระหว่างการกลายพันธุ์ของยีนบางชนิดกับการเกิด ADHD เช่น ยีนที่เกี่ยวข้องกับระบบโดปามีน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมพฤติกรรมและการเรียนรู้[2] ปัจจัยสิ่งแวดล้อมดังเช่นสิ่งแวดล้อมระหว่างตั้งครรภ์และในช่วงหลังคลอดมีผลต่อการพัฒนาของสมอง เช่น การสัมผัสสารพิษ การสูบบุหรี่ หรือการบริโภคแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ล้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด ADHD นอกจากนี้ปัจจัยหลังคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย การสัมผัสสารตะกั่ว หรือสารพิษอื่น ๆ ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญและปัจจัยทางสมองดังการศึกษาทางสมองที่พบว่าผู้ป่วย ADHD มีความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของสมอง เช่น Prefrontal cortex ที่ทำหน้าที่ควบคุมสมาธิ การคิดเชิงวางแผนและการตัดสินใจ รวมถึงส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสื่อประสาท ซึ่งโดปามีนและนอร์อิพิเนฟรินมีบทบาทสำคัญ งานวิจัยยังพบว่า เด็กที่เป็น ADHD มีขนาดสมองบางส่วนที่เล็กลงและทำงานช้ากว่าเด็กทั่วไป[3]

เช่นเดียวกับสถานการณ์เด็กสมาธิสั้นในอำเภออาจสามารถ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2566 พบว่า ค้นพบเด็กสมาธิสั้นและได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว จำนวน 14, 38, 164, 230, 424 ,450, 454 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.38, 7.86, 34.96, 49.69, 91.59, 103.52 และ 111.66 ตามลำดับ จากจำนวนเด็กวัยเรียนทั้งหมด 7,944 คน และทั้งหมดมีปัญหาการเรียน บางรายก่อความรุนแรงในสังคม[4] ทั้งนี้โรคสมาธิสั้น (ADHD) ส่งผลกระทบต่อเด็กในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพจิตและการพัฒนาสังคม โดยทั่วไปเด็กที่มี ADHD จะประสบปัญหาในการเรียน การเข้าสังคม และความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่การขาดความมั่นใจในตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว รวมถึงมีปัญหากับครอบครัวและเพื่อน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มี ADHD มีโอกาสเสี่ยงที่จะประสบปัญหาด้านการศึกษา เช่น ผลการเรียนต่ำ และมีอัตราการออกจากโรงเรียนสูงขึ้นเมื่อเทียบกับเด็กทั่วไป ส่วนด้านสุขภาพกายและจิต เด็กที่เป็น ADHD อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า วิตกกังวล และมีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ การใช้เวลาหน้าจอเป็นเวลานานโดยเฉพาะในวัยเด็กที่มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวันยังมีการเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของอาการสมาธิสั้น ทำให้เด็กมีปัญหาในการจดจ่อและควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ยากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเวลาหน้าจอและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ADHD ในการจัดการ ADHD จำเป็นต้องใช้วิธีการที่รวมถึงการรักษาทางจิตวิทยา การบำบัดด้วยยา และการสนับสนุนจากครอบครัว และโรงเรียน เพื่อช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะในการใช้ชีวิต

นอกจากนั้นการตราบาป (Stigma) เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

ในเด็ก (ADHD) หมายถึง การที่เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD มักถูกมองในแง่ลบและถูกเข้าใจผิดจากสังคม ครู และแม้แต่ครอบครัวเอง ว่าเป็นเด็กที่ขาดวินัย มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือขี้เกียจ ส่งผลให้เด็กเหล่านี้รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง เกิดความเครียด และอาจนำไปสู่ปัญหาด้านพฤติกรรมหรือการแยกตัวจากสังคม การตราบาปนี้ยังส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการรักษา เนื่องจากผู้ปกครองอาจลังเลที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ เพราะกลัวว่าลูกของตนจะถูกตีตราว่าเป็นเด็กมีปัญหา ดังการศึกษาเกี่ยวกับตราบาปและ ADHD ชี้ให้เห็นว่าการเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคนี้ในสังคมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแลหรือรักษาที่เหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ADHD ในชุมชนและโรงเรียนจึงมีความสำคัญในการลดตราบาปนี้[5] กล่าวได้ว่า “การตราปาป” เป็นสัญลักษณ์แห่งการลดคุณค่า ลดโอกาส ไม่ยอมรับ หรือ ความไม่พึงประสงค์ที่เกิดจาก การประกอบสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม สังคมสร้างวิธีการจัดประเภทของคน และลักษณะความเป็นปกติและธรรมชาติ โดยปกติแล้ว การปฏิสัมพันธ์ในสังคมของมนุษย์มิได้ให้ความสนใจและคิดถึง การจัดแบ่งเหล่านี้ จนกว่าเราจะเผชิญกับสิ่งที่แปลกประหลาด บุคคลหรือสิ่งที่ต่างไปจากที่เราพบเห็นกรอบความคิดที่แฝงเร้นเหล่านี้ก็จะปรากฏขึ้น กลายเป็นเอกลักษณ์ทางสังคม (Social Identity) นำไปสู่ “ความคาดหวังหรือความต้องการ” แห่งความปกติ และเป็นความรู้สึกที่ปรากฏต่อประสาทการรับรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน ก่อนที่จะเผชิญกับสิ่งแปลกใหม่ และประหลาดไปจากที่คุ้นชิน ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ อาจเรียกว่า“เอกลักษณ์ทางสังคมที่เสมือนจริง” (Virtual Social Identity) ส่วนประเภท และลักษณะที่มนุษย์เผชิญเป็นและมีอยู่ในสภาพจริงนั้น เรียกว่า “เอกลักษณ์ทางสังคมที่เป็นจริง” (Actual Social Identity)[6]

การจัดการความมีตราบาป (Stigma Management) เป็นการขจัด ทำให้ตนเองหลุดพ้นบางสิ่งบางอย่างที่จัดวางอยู่ในสังคมออกไป โดยเฉพาะความคุ้นชิน (Stereotyping) ที่มีความคิดเชิงอนุรักษ์ว่า มนุษย์ต้องอยู่ในประเพณีวัฒนธรรม และต้องถูกจัดวางไว้ในประเภท พื้นที่การประพฤติ และมีลักษณะตามความคาดหวังของคนส่วนใหญ่หรือคนทั่วไปเท่านั้น ดังนั้นปริมณฑลของการบริหารความมีตราบาป จึงอยู่ที่การมีหรือการสร้าง “พื้นที่สาธารณะ” และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า ซึ่งผู้ที่ถูกหรือมีตราบาปก็มักจะมีเทคนิคที่อาจแตกต่างกันในการที่จะเผชิญกับ คนแปลกหน้าเหล่านั้น และพยายามแสดงให้เห็นถึง “ความเป็นบุคคล” “ความมีตัวตน” เพื่อให้ความบกพร่องของพวกเขาหมดสภาพของการที่จะถูกวิพากษ์วิจารณ์ต่อไป ซึ่งกระบวนการนี้อาจเรียกว่า “การทำลายเพื่อแสดงความเป็นตัวตน” (Breaking Through) ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นและกลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกแปลกแยก หรือ “คนที่มีเอกภาพ” (Unique Person)[7] เมื่อบุคคลมีตราบาป ก็จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และมีชีวิตอย่างไม่มีความสุข ทั้งนี้ในสังคมบุคคลจึงจำเป็นต้องทำลายอุปสรรคปัญหา และเปลี่ยนผ่านวิกฤติชีวิตของตนไปสู่อีกจุดหนึ่ง (Breakdown and Passing)[8] วงจรธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านนั้นมี 6 ขั้นตอน (1) เป็นขั้นที่บุคคลไม่รู้ว่ากำลังเข้าสู่การเปลี่ยนผ่าน (Unwitting passing) (2) เป็นขั้นเริ่มเรียนรู้ว่าตนเองกำลังเปลี่ยนผ่านโดยไม่ตั้งใจ (Unintended passing) (3) เป็นชั้นเริ่มรู้สึกสนุกและมีความสุขกับชีวิตมากขึ้น (Passing for Fun) (4) เป็นขั้นรู้สึกถึงความเปลี่ยนผ่าน (มีความสุข) ในบางส่วนของชีวิตในกิจกรรมที่มิใช่กิจวัตรประจำวัน (Passing during non routine parts of social round) เช่น การได้ไปพักผ่อนการไปเที่ยวขั้นที่ 5 เป็นขั้นรู้สึก และมีการเปลี่ยนผ่าน (มีความสุข) ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Passing during routine daily occasions) เช่น รู้สึกทำงานได้ดี มีอาชีพ มีความสุขกับการทำงานชั้นที่ 6 เป็นชั้นปราศจากตราบาป (Dispense) เป็นขั้นของการการเปลี่ยนแปลงที่สมบูรณ์มีความสุข หรือพอใจในแง่มุมต่างๆ ของชีวิตซึ่งการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นเท่านั้น ที่จะรับรู้ได้ว่าตนเองกำลังอยู่ขั้นตอนไหนของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจถ่ายทอดออกมาจากงานเขียน การเล่าชีวประวัติของตนและพฤติกรรมต่างๆ และมีการจัดการ และการกำหนดวิถีการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เช่น บุคคลนั้นอาจเดินทางไป

ยังอีกเมืองหนึ่ง ไปเช่าห้องพักเพื่อพักผ่อน ซื้อของ ซื้อเครื่องแต่งตัวให้ตนเองเสมือนผีเสื้อที่กำลังมีปีกใหม่ และกำลังจะกระพือปีกบินอย่างอิสระ แต่อย่างไรก็ตาม แต่ละคนมีการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน และอาจจะล้มเหลวในการเปลี่ยนผ่านและกลับไปสู่ขั้นตอนเดิมใหม่อีกก็ได้[9]

อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตีตราบาปทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นยังมีไม่มากนัก ประกอบกับการศึกษางานวิจัยย้อนหลังผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยด้านเจตคติและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองสามารถทำนายการเกิดการตีตราบาปทางสังคมในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำสารสนเทศจากการวิจัยไปใช้ในการวางแผน และดูแลโรคเด็กสมาธิสั้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยวางแผนการรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียวในช่วงมิติของเวลาตามปกติอาศัยการสุ่มตัวอย่างครั้งเดียวเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร เก็บข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองนักเรียน โดยรวบรวมตัวแปรลักษณะทางประชากร การตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ปกครองนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ทั้งนี้เลือกโรงเรียนด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากได้โรงเรียน 3 แห่ง จำนวนประชากรคิดเป็นผู้ปกครองหนึ่งรายต่อนักเรียนหนึ่งคน มีจำนวนทั้งสิ้น 170 คน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Yamane ซึ่งเหมาะกับงานวิจัยเชิงสำรวจที่มีแผนการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายและทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจนอย่างไรก็ตามสูตรดังกล่าวมักจะใช้กับการวิเคราะห์แบบสอบถามเลือกตอบแบบสองค่า[10] จึงเป็นข้อจำกัดสำหรับการวิจัยนี้ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 ตัวแปรลักษณะทางประชากร ได้แก่ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด การศึกษา และอาชีพ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การมองแบบเหมารวม อคติ และการเลือกปฏิบัติลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตติติต่อเด็กสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นโดยให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ส่วนที่ 2 ด้านอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออกของพฤติกรรมต่อเด็กสมาธิสั้น ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ สำหรับตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นมีองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุน ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองของ Koomsiri[11] จากนั้นทำการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ในการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของของวัตถุประสงค์การวัดกับข้อคำถาม (Index of item objective congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที มีดัชนีตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

เริ่มดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและทดลองใช้ เมื่อได้เครื่องมือที่สมบูรณ์แล้วทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยเข้าติดต่อผู้ประสานงานโรงเรียน 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองของนักเรียน จากนั้นรวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ให้คะแนนและลงรหัสข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และอาชีพ การตีตราบาปทางสังคม เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ใช้สถิติอ้างอิง คือ การวิเคราะห์ Pearson correlation coefficient เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้การศึกษานี้ไม่มีความเสี่ยงทั้งร่างกายและจิตใจ การเก็บข้อมูลเป็นเพียงการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะอธิบายเป็นภาพรวมที่ไม่สามารถอ้างอิงเป็นรายบุคคลได้ และเอกสารวิจัยจะทำลายทิ้งเมื่อวิจัยครบหนึ่งปี การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การรับรอง COE 01622565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.0%) อายุเฉลี่ย 35.40 ปี (SD. = 15.35) สถานภาพคู่ (51.7%) จบการการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา (40.5%) และประกอบอาชีพเกษตรกร (31.9%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของผู้ปกครองหรือญาติ เด็กสมาธิสั้น (n=116)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	65(56.0)
	หญิง	51(44.0)
อายุ(ปี)	(Mean = 35.40, SD. = 15.35)	
สถานภาพสมรส	โสด	49(42.2)
	คู่	60(51.7)
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3(2.6)
	หม้าย	4(3.4)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ขั้นประถมศึกษา	16(13.6)
	ชั้นมัธยมศึกษา	47(40.5)
	ชั้นอนุปริญญา	18(15.5)
	ชั้นปริญญาตรีหรือสูงว่า	35(30.2)
อาชีพ	เกษตรกร	37(31.9)
	ค้าขาย	21(18.1)
	รับจ้าง	23(19.5)
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14(12.1)
	อื่นๆ	21(18.1)

2. เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม และการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น การสำรวจการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ทั้งภาพรวมและรายด้าน อธิบายโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เทียบกับเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังต่อไปนี้

2.1 เจตคติต่อเด็กสมาธิ เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น และด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษามีดังนี้

2.1.1 เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ 6.63 (SD.=2.25) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ระดับเกณฑ์เฉลี่ย เมื่อเทียบคะแนนอิงกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และร้อยละ 35.5 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย นำเสนอข้อมูลเป็นตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเจตคติคะแนนความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามช่วงคะแนนอิงกลุ่ม (n=116)

ช่วงคะแนน	จำนวน(%)
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (8-10 คะแนน)	41(35.5)
เกณฑ์เฉลี่ย (5-7 คะแนน)	41(35.5)
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (2-4 คะแนน)	34(29.3)

2.12 เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 มิติ อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ และบวก จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความรู้สึกกลัวอยู่ในระดับน้อยที่สุด และมีความกังวลอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความรู้สึกเชิงบวกจะเห็นได้ว่ามีระดับมาก ได้แก่ อยากให้ได้รับการช่วยเหลือ รวมถึงยอมรับอยู่ในระดับมากที่สุด และเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น		
กลัว	2.15(1.55)	น้อย
เศร้า	2.23(1.56)	น้อย
กังวล	2.70(1.65)	ปานกลาง
หลีกหนี	2.49(1.63)	น้อย
รังเกียจ	2.20(1.63)	น้อย
เป็นภาระ	2.43(1.64)	น้อย
เป็นอันตราย	2.18(1.54)	น้อย
เฉลี่ยโดยรวม	**2.34(0.21)**	**น้อย**
อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้น		
ยอมรับ	2.68(1.51)	ปานกลาง
เห็นอกเห็นใจ	2.91(1.54)	น้อย
อยากให้ได้รับการช่วยเหลือ	3.13(1.62)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	**2.90(0.23)**	**ปานกลาง**

2.1.3 เจตคติด้านพฤติกรรมแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม สำหรับการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับมากที่สุด ได้แก่ จะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกเรก้าวร้าว และบางครั้งจำเป็นต้องลงโทษรุนแรงเพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำตามลำดับ แต่พฤติกรรมแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ จะส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นทานยาอย่างต่อเนื่อง และหากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะเตือนทันที ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
1. จะแนะนำเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นไปพบผู้เชี่ยวชาญ	3.50(1.64)	มาก
2. หากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะเตือนทันที	3.35(1.67)	ปานกลาง
3. สามารถอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้	3.08(1.56)	ปานกลาง
4. ควรชมเชยทันทีเมื่อเด็กตั้งใจทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ	3.38(1.60)	ปานกลาง
5. พยายามจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	3.29(1.47)	ปานกลาง
6. การค้นหาความถนัดของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ	3.25(1.55)	ปานกลาง
7. จะส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นทานยาอย่างต่อเนื่อง	3.45(1.55)	ปานกลาง
8. บางครั้งจำเป็นต้องลงโทษรุนแรง เพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำ	3.72(1.43)	มาก
9. จะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกเรก้าวร้าว	3.88(1.24)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**3.43(0.24)**	**มาก**

2.2 การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนสิ่งของและบริการ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดการให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้ง 4 มิติ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ และด้านการสนับสนุนสิ่งของและบริการ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมสังคมเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก		
1. เห็นอกเห็นใจเด็กสมาธิสั้น	3.23(1.71)	ปานกลาง
2. อยากให้กำลังใจเด็กสมาธิสั้นและญาติของเด็ก	3.25(1.67)	ปานกลาง
3. คิดว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นได้	3.24(1.58)	ปานกลาง
4. การดูแลเอาใจใส่ในพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ	3.31(1.60)	ปานกลาง
5. มั่นใจว่าเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญเท่ากับเด็กทั่วไป	3.16(1.59)	ปานกลาง
6. รู้สึกว่าสังคมไทยขาดการสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นที่เพียงพอ	3.91(1.35)	มาก
7. เด็กสมาธิสั้นจะนำเรื่องเดือดร้อนใจมาให้ท่าน	3.32(1.56)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	**3.34(0.25)**	**ปานกลาง**
การสนับสนุนสิ่งของและบริการ		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
8. การเข้าถึงบริการเฉพาะทางเป็นสิ่งสำคัญ	3.21(1.57)	ปานกลาง
9. พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เมื่อมีความจำเป็น	3.05(1.51)	ปานกลาง
10. อยากช่วยเหลือผู้ที่ป่วยเป็นสมาธิสั้นโดยการจ้างงาน	3.06(1.53)	ปานกลาง
11. ไม่ทราบว่าจะให้การช่วยเหลือสิ่งของอันใดแก่เด็กสมาธิสั้น	3.28(1.50)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	**3.15(0.11)**	**ปานกลาง**
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร		
12. หากรู้ข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาสมาธิสั้นท่านจะนำข้อมูลไปบอกแก่ญาติของเด็ก	3.14(1.63)	ปานกลาง
13. พร้อมที่จะให้คำปรึกษาผู้ปกครองที่ได้รับผลกระทบจากสมาธิสั้น	2.86(1.55)	ปานกลาง
14. มั่นใจว่าตนเองสามารถให้ขัดมูลเกี่ยวกับสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง	3.14(1.53)	ปานกลาง
15. หากสงสัยว่าเด็กน่าจะเป็นสมาธิสั้น จะแนะนำญาติให้นำเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	2.82(1.47)	ปานกลาง
16. ตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ข่าวสารในเรื่องโรคสมาธิสั้น	3.02(1.51)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	**2.99(0.15)**	**ปานกลาง**
การสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ		
17. ยินดีที่จะเปิดเผยว่ามีญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น	3.18(1.64)	ปานกลาง
18. เชื่อว่าการให้โอกาสเด็กสมาธิสั้นในการพัฒนาตนเองเป็นสิ่งจำเป็น	3.18(1.59)	ปานกลาง
19. ส่งเสริมให้เด็กเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง	3.07(1.53)	ปานกลาง
20. ส่งเสริมให้ญาติของเด็กสมาธิสั้นเข้าใจในอาการของโรค	3.22(1.53)	ปานกลาง
21. ญาติจำเป็นต้องสนับสนุนให้เด็กสมาธิสั้นอยู่ในระบบการรักษา	2.85(1.42)	ปานกลาง
22. การตักเตือนปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งไม่เหมาะสม	3.75(1.26)	มาก
23. เด็กสมาธิสั้นไม่ควรทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน	3.36(1.67)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	**3.23(0.27)**	**ปานกลาง**
เฉลี่ยโดยรวม	**3.18(0.15)**	**ปานกลาง**

2.3 การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นอธิบายผ่านตัวแปร 3 มิติ ประกอบด้วย การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก อคติ และการเลือกปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก (Stereotype) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านอคติ (Prejudice) และ การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตีตราบาปทางสังคม เจตคติและการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD)	ระดับ
การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก (Stereotype)		
1. เด็กสมาธิสั้นเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง	3.87(1.37)	มาก
2. เด็กสมาธิสั้นมักก่อกวนความสงบสุข	3.89(1.28)	มาก
3. ไม่รู้ว่าจะรับมือกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร	3.77(1.22)	มาก
4. การดุเหมาะสำหรับควบคุมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	3.69(1.25)	มาก
5. คงแย่แน่ หากตนเองมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น	3.75(1.30)	มาก
6. ไม่อยากพูดคุยกับเด็กสมาธิสั้น	3.55(1.49)	มาก
7. เด็กสมาธิสั้นจะสร้างความรำคาญใจแก่ท่าน	3.72(1.31)	มาก
8. เด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมได้	3.92(1.05)	มาก
9. สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้	3.78(1.24)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**3.77(0.11)**	**มาก**
อคติ (Prejudice)		
10. เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ	3.80(1.18)	มาก
11. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้	3.63(1.43)	มาก
12. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถรักษาได้	3.49(1.42)	มาก
13. เด็กสมาธิสั้นเป็นภาระต่อการเลี้ยงดู	3.66(1.39)	มาก
14. เด็กสมาธิสั้นเป็นเด็กก้าวร้าว	3.78(1.27)	มาก
15. เด็กสมาธิสั้นจะทำร้ายลูกของท่าน	3.72(1.28)	มาก
16. เมื่อเด็กสมาธิสั้นโตขึ้น จะสร้างความเดือนร้อนให้กับสังคม	3.64(1.29)	มาก
17. เด็กสมาธิสั้นสอนลำบาก	3.71(1.30)	มาก
18. เด็กสมาธิสั้นสามารถพัฒนาตนเองในด้านบวกได้เหมือนกับเด็กทั่วไป	2.92(1.45)	มาก
19. เด็กสมาธิสั้นสามารถเรียนหนังสือตามปกติ	2.99(1.52)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**3.53(0.32)**	**มาก**
การเลือกปฏิบัติ (Discrimination)		
20. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้	3.68(1.43)	มาก
21. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนทั่วไปได้	3.54(1.50)	มาก
22. จะปิดบังคนรอบข้าง หากมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น	3.40(1.49)	มาก

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
23. ในชั้นเรียนควรแยกเด็กสมาธิสั้นไว้หลังห้อง เพื่อไม่ให้รบกวนสมาธิในการเรียนของนักเรียนคนอื่น	3.37(1.54)	มาก
24. รู้สึกอายที่มีบุตรหรือญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น	3.35(1.54)	มาก
25. เด็กสมาธิสั้นมักจะถูกเพื่อนๆ รุมรังแกเสมอ	3.83(1.31)	มาก
26. ให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติเป็นสมาธิสั้น	2.93(1.59)	มาก
27. เด็กสมาธิสั้นสมควรได้รับการลงโทษเท่ากับเด็กทั่วไปเมื่อทำผิด	3.58(1.55)	มาก
28. เด็กสมาธิสั้นควรได้รับโอกาสทางสังคมเท่ากับเด็กทั่วไป	3.20(1.66)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	**3.43(0.27)**	**มาก**
เฉลี่ยโดยรวม	**3.57(0.17)**	**มาก**

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

จากการทดสอบสมมติฐานสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้ คะแนนเจตคติโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับภาพรวมการตีตราบาปทางสังคม (rxy = .037, p=.889); เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น (y1) (rxy=.099; p=.288) แต่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกับเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น (y2) (rxy=3.12,p =.001) และคะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรการตีตราบาปทางสังคมทั้งโดยรวม (rxy = .027, p =.776) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Z1) (rxy=013, P=.889) การสนับสนุนสิ่งและบริการ (Z2) (rxy= -.003, p =.975) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Z3) (rxy=.009, p=.919) และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ (Z4) (rxy= .027, .776) ไม่มี ความสัมพันธ์กับตัวแปรการตีตราบาปทางสังคมทั้งโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Y) การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Z) กับการตีตราบาปทางสังคมโดยรวม (X)

Variables	r_{xy}	p
เจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Y)	.037	.889
เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น (y1)	.099	.288
เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น (y2)	.312	.001
เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้น (y3)	-.211	.023
การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Z)	.027	.776
การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Z1)	.013	.889

ตารางที่ 7 (ต่อ)

Variables	r_{xy}	p
การสนับสนุนสิ่งและบริการ (Z2)	-.003	.975
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Z3)	.009	.919
การสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ (Z4)	.027	.776

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และร้อยละ 35.5 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้ง 4 มิติอยู่ในระดับมากและคะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบมีความสัมพันธ์ทางบวก และเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น พบผลเช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา พบว่า วัฒนธรรมไทย เจตคติ การรับรู้ สุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดูมีผลต่อตราบาปในเด็กสมาธิสั้นได้[9] โดยการศึกษาของ Mason and Varma[12] ได้ศึกษาปัจจัยวัฒนธรรมไทยต่อเจตคติและการรับรู้ต่อโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมไทยประกอบด้วยศาสนา ตราบาปต่อโรคจิตเวชความคิดรวบยอด ความเชื่อเรื่องการควบคุมสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมมีผลต่อความคิดเห็นเชิงลบต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ ; การจัดการปัญหาและรูปแบบการเลี้ยงดูต่อการมีตราบาปในเด็กสมาธิสั้นของผู้เลี้ยงดูพบว่า เพศ อาการซึมเศร้า การจัดการความเครียด รูปแบบครอบครัว ระดับการรับรู้ และอาการสมาธิสั้นมีผลต่อการรับรู้ตราบาปกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นได้[13] ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นมีร้อยละ 34.70 แบ่งเป็นระดับซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลางร้อยละ 30.62 ระดับรุนแรงร้อยละ 4.08 ทั้งนี้ระยะเวลาหลังจากบุตรได้รับการวินิจฉัยนานกว่า 12 เดือนและสถานภาพสมรสมีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในมารดา หลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเจตคติ การรับรู้ และสุขภาพจิตของผู้ปกครองส่งผลต่อตราบาปกับโรคสมาธิสั้น[14] และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเผชิญกับตราบาปที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมจริง โดยเฉพาะสังคมใกล้ตัวที่สุดนั้นคือครอบครัวที่ประกอบด้วยผู้ปกครองเป็นหลักและMueller และคณะ[15] ได้ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ตราบาป พบว่าเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนช่วยเหลือมีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนานายการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannachat (2007)[16] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hongtiyanon and Tipawong[17-20]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้

1) จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นสารสนเทศเพื่อการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการค้นหาและรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาโปรแกรมให้การสนับสนุนทางสังคมและเสริมสร้างความหวัง เพื่อช่วยลดการรับรู้เชิงลบที่มีต่อตนเองอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิตของโรคเด็กสมาธิสั้น

บุคลากรในทีมสุขภาพ ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจ และส่งเสริมให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและการเพิ่มความหวังแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ อันจะช่วยลดการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข

2) ด้านการบริหารการพยาบาลสามารถประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถนำข้อมูลจากการวิจัยนี้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนงานที่จะช่วยลดการรับรู้ตราบาปและให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากตราบาป ทั้งในเรื่องกิจกรรมการพยาบาล การณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆเพื่อปรับทัศนคติของสังคมที่มีต่อเด็กสมาธิสั้น ตลอดจนส่งเสริมศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ให้มีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3) สำหรับด้านการพยาบาลศึกษานั้น อาจารย์พยาบาลและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาป และแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อลดการรับรู้ตราบาป ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถให้การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีสภาพแวดล้อมเป็นสังคมเกษตรกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าหากมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างออกไป เช่น สังคมกึ่งเมือง หรือสังคมเมือง อาจให้ผลการศึกษาที่ต่างไป ดังนั้น จึงควรมีการวิจัยในพื้นที่อื่นที่มีสภาพสังคมแตกต่างกัน จะช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้ควรมีการวิจัยเชิงกึ่งทดลองเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ตราบาปในเด็กสมาธิสั้น ตลอดจนศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปในเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นต้น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Trangkasombat U. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary School Children. Journal of Mental Health of Thailand; 2021.
2. Polanczyk G V, Willcutt E G, Salum G A, Kieling C, Rohde L A. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol. 2014;43:434–42.
3. Cortese S, Faraone S V, Bernardi S, Wang S, Blanco C. Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J Clin Psychiatry. 2016;77–428.
4. โรงพยาบาลอาจสามารถ. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2566. ร้อยเอ็ด. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาจสามารถ; 2566.
5. Hinshaw S P. Stigma and mental health. Lancet. 2020;396(10259):953-54.
6. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Vanek J, Slepecky M, Zatkova M, et al. Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectional outpatient study. Neuro Endocrinol Lett. 2018;39(4):331-41.
7. อาชวศรี คำหอม. การรับรู้ตราประทับของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราประทับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.

8. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity; 1963.
9. ภาสกร คุ้มศิริ, อุ่นเรือน เล็กน้อย. ปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2565;10(3):314–22.
10. Ngarmyarn A. Due to the formula of Yamane. Business Administration Journal. 2011;34(131):46-60.
11. Koomsiri P, Leknoi U. Review article: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and public stigma. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2018;7(3):302-11.
12. Mason E K, Varma P. A study on the influence of Thai cultural factors on attitudes and perceptions of ADHD. Scholar: Human Sciences. 2021;13(2):270-85.
13. Chang C C, Chen Y M, Liu T L, Hsiao R C, Chou W J, Yen C F. Affiliate stigma and related factors in family caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. International Journal of Environment Research and Public Health. 2020;17(2):576.
14. Puttisri S, Punpanich P, Pantungtong T, Sungprasit M. A depression in mothers of children with ADHD. Journal of Psychiatry Association of Thailand. 2006;51(3):213-23.
15. Mueller B, Nordt C, Lauber C, Rueesch P, Meyer P C, Roessler W. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. Soc Sci Med. 2005:62(1):39-49.
16. Wannachat O. Life skills as perceived by caregiver, social support and perceived stigma in schizophrenic patients. Master thesis in nursing (mental health and psychiatric nursing). Graduate school. Chiangmai University; 2007.
17. Hongtiyanon T, Tipawong A. Relationships between Social Support and Quality of Life in Schizophrenia Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19:487-94.
18. Reta Y, Tesfaye M, Girma E, Dehning S, Adorjan K. Public stigma against people with mental illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. PLoS One. 2016;11(11):e0163103.
19. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:3011-20.
20. Wood L, Byrne R, Enache G, Morrison A P. A brief cognitive therapy intervention for internalized stigma in acute inpatients who experience psychosis: A feasibility randomized controlled trial. Psychiatry Res. 2018;262:303-10.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of stroke patients in community: Case Study 2 case

ปิยะนุช บุญวิเศษ*
Piyanuch Boonwiset
Corresponding author: E-mail; yingnuch56@gmail.com
(Received: August 12, 2024; Revised: August 19, 2024; Accepted: September 19, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 4 ด้าน กรณีศึกษา 2 ราย

รูปแบบการวิจัย: การเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย: การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเมืองสรวง ระหว่างวันที่ 28-30 เมษายน 2566 และผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเมืองสรวง ระหว่างวันที่ 9-11 เมษายน 2566 การเก็บข้อมูลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน แบบประเมิน INHOMESSS และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Bethel ADL Index)

ผลการวิจัย : พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 เมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยมีผู้ดูแลบุตรสาวช่วยทำกายภาพบำบัด และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) และติดตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมิน Bethel ADL Index คะแนน 14/20 และผู้ป่วยรายที่ 2 เมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยมีผู้ดูแลเป็นบุตรสาวให้กำลังใจ และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) และติดตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมิน Bethel ADL Index คะแนน 13/20

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม มิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางสังคม มิติทางปัญญา ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ในระยะ 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจ มีความคาดหวังในความสามารถที่จะตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อผลลัพธ์การรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี

คำสำคัญ : การพยาบาล; โรคหลอดเลือดสมอง; ชุมชม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

Abstract

Purposes : 1) To study the nursing process and compare the self-care abilities of stroke patients in the community across four domains, with a case study involving two individuals.

Study design : Comparison of 2 case studies.

Material and Methods : This case study involves a comparative analysis of two stroke patients. Patient Case 1 received inpatient treatment at Mueang Sawang Hospital from April 28 to April 30, 2023, while Patient Case 2 was admitted to the same hospital from April 9 to April 11, 2023. Data collection was conducted using nursing theories and holistic patient care approaches, incorporating the Self-Efficacy Theory, Gordon's 11 Health Patterns Framework, the INHOMESSS assessment tool, and the Bethel Activities of Daily Living (ADL) Index.

Main findings : The first Patient: When discharged home, the patient had a caregiver for his daughter to help with physical therapy. and received follow-up home visits 6 months. Nursing operations and holistic patient care with Self-Efficacy Theory. And monitoring and evaluating the ability to perform daily activities with the Bethel ADL Index. Result 14/20 points. The second patient; When discharged home, the patient had a caregiver for his daughter to help with physical therapy. and received follow-up home visits 6 months. Nursing operations and holistic patient care with Self-Efficacy Theory. And monitoring and evaluating the ability to perform daily activities with the Bethel ADL Index. Result 13/20 points.

Conclusion and recommendations : This study highlights that holistic nursing care addressing physical, psychological, social, and cognitive dimensions, combined with the application of Self-Efficacy Theory over a six-month period, significantly enhances patients' skills in appropriate self-management. It also boosts their motivation and expectations, which are crucial for individuals to effectively alter behavior and adhere to recommendations. Therefore, it is essential to develop programs aimed at enhancing caregivers' self-efficacy to improve stroke patients' self-care abilities and achieve better treatment outcomes.

Keywords : Nursing care; Stroke; Community

**Registered Nurse Professional Level, Mueangsuang Hospit

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการสำรวจ ปี 2563 มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคน มีความพิการถาวร 5 ล้านคน เสียชีวิต และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 และอันดับ 3 ของความพิการจากสถิติ[2] ปี2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ และในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ราว 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการถาวร ร้อยละ 20 ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง มีปัญหาการทรงตัวและการทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา[3] ปี 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 64, 68, 62 ราย ตามลำดับ และพบการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564-2566 จำนวน 38, 7, 17 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรงพยาบาลเมืองสรวง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพฤกษ์อัมพาต การกลืนลำบากการพูด และการสื่อสารไม่ชัดเจน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) ที่เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดสมอง และเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต เกิดความพิการที่เรียกว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต[4] ส่วนใหญ่มีร่องรอยความเสียหายทางระบบสมองหลงเหลืออยู่ หลังการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสพิการ ต้องใช้เวลาในการรักษาระยะเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และคุณภาพชีวิตในระยะยาว[5] ช่วงเวลาที่ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุด คือ 3 เดือนแรกหลังจากเกิดอาการ[6] หากไม่ได้รับการฟื้นฟูก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หรือแผลกดทับ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ คุณภาพชีวิตอย่างมาก[7] การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเกิดเข้าใจ และมีส่วนร่วมดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูจิตใจ และอารมณ์ ลดการเกิดความพิการ ทุพลภาพ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาล แบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในความสามารถที่และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 4 ด้าน กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเมืองสรวง และจำหน่ายกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างเดือน เมษายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ยินยอม และให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ แบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมีผลกระทบกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน แบบองค์รวม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ติดตามเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS แบบแผนการดูแลสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ในการประเมินปัญหาผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ในการติดตามเยี่ยม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร พร้อมทั้งขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ และแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย 3) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ 4) นำข้อมูลที่ได้รวบรวม วิเคราะห์วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลโดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 5) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล จัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและข้อเสนอแนะ 6) เรียบเรียงเป็นเอกสารทางวิชาการตรวจสอบโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ 7) จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม และเผยแพร่เอกสาร

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1562565 ณ วันที่ 22 ธันวาคม 2565 และเลขที่ COE1422566 ณ วันที่ 22 ธันวาคม 2566 ผู้ศึกษาจึงดำเนินการวิจัยที่มีหลัก 3 ประการได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการศึกษา

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	73 ปี	78 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	หม้าย
การศึกษา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
อาชีพ	เกษตรกรรม	เกษตรกรรม
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
รายได้ต่อเดือน/บาท	4,000 บาท/เดือน	4,000 บาท/เดือน
ส่วนสูง	155 เซนติเมตร	155 เซนติเมตร
น้ำหนัก	53 กิโลกรัม	48 กิโลกรัม
สิทธิการรักษา	บัตรทองของผู้สูงอายุ	เบิกตรงจากกรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย ประวัติสุขภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญ	แขน ขาขวา อ่อนแรง พูดไม่ชัด รู้สึกตัวดี ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขนขาซีกขวาอ่อนแรง เป็นมา 2 ชั่วโมง	อาการสำคัญไม่แตกต่างกันโดยกรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมาด้วย แขนขาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แตกต่างที่เวลากรณีศึกษารายที่ 1 เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง และกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นก่อนมา 2 ชั่วโมง
อาการแสดง	รู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยหอบ มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตกเล็กน้อย ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/80 mmHg ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) 97% ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma Scale E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2 mm reaction to light both eyes	รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ มีอาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขนขาซีกขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการ หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 184/87 mmHg ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด O2 sat RA 96% DTX = 116 mg/dl ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma Scale E4V5 M Rt.3Lt.5 pupil 2 mm reaction to light both eyes	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการแสดงไม่แตกต่างกันโดยเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป มีแขนและขาอ่อนแรงข้างขวา มุมปากตก พูดไม่ชัด การตรวจร่างกายพบความดันโลหิตสูง Glasgow Coma Scale E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2 mm reaction to light both eyes

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ขาข้างขวาอ่อนแรง รู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด ความดันโลหิตสูง เท่ากับ 180/100 mmHg. ญาติพามารักษาที่โรงพยาบาลเมืองสรวง แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น stroke และส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์ให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 วัน แล้วส่งต่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเมืองสรวง 3 วัน จึงจำหน่ายกลับไปรับประทานยาต่อที่บ้าน	2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะบริเวณขมับขวาและท้ายทอย แขนขาข้างขวา มีอาการบวมเล็กน้อย ปัสสาวะออกน้อย 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเมือสรวง แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น Stroke และส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์ให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 วัน แล้วส่งต่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเมืองสรวง 3 วัน จึงจำหน่ายกลับไปรับประทานยาต่อที่บ้าน	ระยะเวลาการเกิดโรคไม่ต่างกันมาก พบว่ามีอาการเตือนล่วงหน้า โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นก่อนมา 1 วัน ด้วยอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นก่อนมา 2 วัน ด้วยอาการปวดศีรษะบริเวณขมับขวาและก่อนมาโรงพยาบาลมีลักษณะอาการเหมือนกันคือ มาด้วย แขน ขาข้างขวาอ่อนแรง ต่างกันที่ระยะเวลาและการวินิจฉัยทางการพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่รุนแรงและควบคุมได้ยาก และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	พี่ชายป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง สมาชิกครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว	กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติสายตรง มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงสมาชิกครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษา กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี รูปร่างสมส่วน ปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติค่าความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการรักษา ให้ประวัติ พี่ชายเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ชอบรับประทานอาหารรส	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี รูปร่างสมส่วน มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและขาดนัด ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลัก ชอบรับประทานอาหารรส	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองก็จำกัด เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติค่าความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รับการรักษา ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม หวาน มัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	เค็ม มัน เช่นเนื้อติดมัน เป็นต้น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวตัวเองจะเป็นภาระให้บุตรหลาน กลัวว่าจะพิการไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่	เค็ม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวตัวเองจะเป็นภาระให้ลูกหลาน มีภาวะเครียดสูง ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่	- ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 156/80 mmHg ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% Glasgow Coma Scale E4V5 M Rt.3 Lt.5	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง แขนขาซีกขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต BP = 184/87 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96% DTX = 116 mg/dl Glasgow Coma Scale	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาการแสดงไม่แตกต่างกัน โดยเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป การพูดไม่ชัด มีมุมปากตก ปากเบี้ยว แขนขาและขาข้างขวาอ่อนแรงอ่อนแรง ผล CT พบหลอดเลือดสมองด้านซ้ายแตกเล็กน้อย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	pupil 2 mm reaction to light both eyes ผล CT พบหลอดเลือดสมองด้านซ้ายแตกเล็กน้อย	E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2mm reaction to light both eyes ผล CT พบหลอดเลือดสมองด้านซ้ายแตกเล็กน้อย	
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ปัญหาที่พบ จากการตรวจอิเลคโทรไลต์ (Electrolyte) พบว่า ค่า Electrolyte (AnGap) 18.20 mmol/L และค่า Electrolyte (TCO2) 19.1 mmol/L	ปัญหาที่พบ จากการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) Hematocrit 35%, Red blood cell 3.94 cell/mm^3 และ Lymphocyte 19% การตรวจอิเลคโทรไลต์ ค่า Electrolyte (TCO2) 17 mmol/L การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) 116 mg%	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อธิบายได้ว่า ในวันที่รับไว้ในความดูแล กรณีศึกษารายที่ 1 ผลการตรวจค่าเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) พบว่า ค่า Electrolyte (AnGap) สูงกว่าปกติเล็กน้อย และค่า Electrolyte (TCO2) ต่ำเล็กน้อย สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า มีผลการตรวจ Hematocrit, Red blood cell และ Lymphocyte มีค่าต่ำกว่าค่าปกติ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด และพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง
4. แผนการรักษา	-VITAMIN B COMPLEX 1X3 oral pc -FOLIC ACID (5) 1X 1 oral pc -ASPIRIN (81) 1X 1 oral pc	-SIMVASTATIN (20) 1Xhs -hydralazine (25) 1X 1 oral pc -AMLODIPINE (5) 1X 1 oral pc	การรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แพทย์พิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือด ซึ่งเป็นยากลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors คือ ASA

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		-ASPIRIN (81) 1X 1 oral pc -LOSARTAN (50) 1X 1 oral pc -VITAMIN B COMPLEX 1 X3 oral PC -FOLIC ACID (5) 1X 1 oral pc	สามารถลดอัตราการเกิด recurrent stroke ควบคุมอาการ และป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วย-Simvastatin เป็นยากลุ่มลดไขมันในหลอดเลือด - Amlodipine เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ -LOSARTAN ป้องกันการเกิดโรคและการตายจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลการติดตามดูแลผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

ครั้งที่	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1	วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดช้าไม่ชัด มุมปากด้านขวาตกเล็กน้อย แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma Scale E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2 mm reaction to light both eyes ADL= 11/20 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 149/94 มิลลิเมตรปรอท มีบุตรสาวดูแลผู้ป่วยมีความกังวลกลัวเดินไม่ได้	วันที่ 12 เมษายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย ทำตามคำสั่งได้ แต่ตอบสนองช้า พูดช้าไม่ชัด ลุกนั่งได้เอง ลุกยืนต้องมีญาติช่วยพยุง ตรวจร่างกาย Glasgow Coma Scale E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2 mm reaction to light both eyes, ADL = 9/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/82 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารอ่อนได้ ขับถ่ายปัสสาวะออกน้อย ขับถ่ายอุจจาระลำบาก 2-3 วันถ่ายครั้ง ไม่มีท้องอืด ผู้ป่วยมีความกังวลกลัวเดินไม่ได้ ใช้ walker ช่วยฝึกเดิน

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ครั้งที่	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2	วันที่ 26 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดช้าไม่ชัด สีหน้าสดชื่น ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma Scale E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2 mm reaction to light both eyes ADL= 11/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 85 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/85 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้	วันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma E4V5 M Rt.3Lt.5 pupil 2 mm. reaction to light both eyes ADL=10/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 73 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 155/67มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ รับประทานอาหารอ่อนได้ไม่มีสำลัก ขับถ่ายปัสสาวะออกน้อย แพทย์ให้ Retain Foley’s catheter ขับถ่ายอุจจาระลำบาก 2-3 วันถ่ายครั้ง
3	วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดช้าไม่ชัด สีหน้าสดชื่น ตรวจร่างกาย Glasgow Coma E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2mm reaction to light both eyes ADL= 11/20 อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/ นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/81 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ดี ขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ ปกติ นอนหลับพักผ่อนได้	วันที่ 14 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ตรวจร่างกาย Glasgow Coma E4V5 M Rt.3Lt.5 pupil 2 mm. reaction to light both eyes, อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาทีหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 161/97 มิลลิเมตรปรอท ADL 10/20 Retain Foley’s catheter สีใส ไม่ขุ่น ญาติให้ประวัติว่าจำนวนปัสสาวะ วันละ 1000-1500 ซีซี ขับถ่ายอุจจาระลำบาก 2-3 วันถ่ายครั้ง ไม่มีท้องอืด
4	วันที่ 28 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดช้าไม่ชัด สีหน้าเรียบเฉย มีปวดแขนทั้งสองข้างเล็กน้อย ตรวจร่างกาย Glasgow Coma E4V5 M Rt.3 Lt.5 pupil 2 mm. Reaction to light both eyes ADL= 12/20 อุณหภูมิร่างกาย36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ	วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ตรวจร่างกาย Glasgow Coma E4V5 M Rt.4Lt.5 pupil 2 mm. Reaction to light both eyes. ADL=11/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 159/98 มิลลิเมตร

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ครั้งที่	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4	20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/65 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารรับได้ นอนหลับพักผ่อนได้	ช่วยเหลือตัวเองได้ดี หลังการ Off Foley's Catch สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง วันละ 4-5 ครั้ง ขับถ่ายอุจจาระลำบาก 2-3 วันถ่ายครั้ง ไม่มีท้องอืด
5	วันที่ 25 กันยายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดช้าชัดขึ้น สีหน้าสดชื่น ขณะพูดคุยมีหัวเราะบ้าง ตรวจร่างกาย Glasgow Coma E4V5 M Rt.4 Lt.5 pupil 2 mm. Reaction to light both eyes ADL= 13/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/79 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ นอนหลับพักผ่อนได้	วันที่ 16 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้มกว่าครั้งก่อน ตรวจร่างกาย พบว่า Glasgow Coma E4V5 M Rt.4Lt.5 pupil 2 mm. Reaction to light both eyes. ADL=12/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/78 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง วันละ 4-5 ครั้ง ขับถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 วันถ่ายครั้ง ไม่มีท้องอืด
6	วันที่ 30 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดช้าชัด มุมปากด้านขวาตกเล็กน้อย สีหน้าเรียบเฉย ตรวจร่างกาย Glasgow Coma E4V5 M Rt.4 Lt.5 pupil 2 mm reaction to light both eyes ADL= 14/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ พูดชัดใกล้เคียงคนปกติ ขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะปกติ นอนหลับพักผ่อนได้	วันที่ 14 กันยายน 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้ม ตรวจร่างกาย Glasgow Coma E4V5 M Rt.4 Lt.5 pupil2mm. reaction to light both eyes ADL=13/20 อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ช่วยเหลือตัวเองได้ พูดชัดใกล้เคียงคนปกติ รับประทานอาหารอ่อนได้ ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง วันละ 4-5 ครั้ง ขับถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 วันถ่ายครั้ง ไม่มีท้องอืด นอนหลับพักผ่อนได้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบวินิจฉัย และการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. บกพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง	ข้อมูลสนับสนุน S:ผู้ป่วยบอกว่า“แขนขาข้างขวาไม่มีแรง เดิน นั่งเองลำบาก” O:จากการตรวจร่างกาย แขนขาข้างขวาอ่อนแรง grade 3 มุมปากขวาตกพูดสื่อสารไม่ชัด ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งหมด ผล CT พบหลอดเลือดสมองด้านซ้ายแตกเล็กน้อย **วัตถุประสงค์** 1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน และสามารถทำ Active exercise ได้ และญาติช่วยทำ Passive exercise ได้ 2. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยได้ **การพยาบาล** 1. ประเมินสภาพร่างกายทางระบบประสาทการเคลื่อนไหวระบบกระดูกกล้ามเนื้อ 2. สอน/สาธิต ให้คำแนะนำญาติในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกายแขนขาอย่างถูกต้องและปลอดภัยส่งเสริมประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมให้มี	ข้อมูลสนับสนุน S:ผู้ป่วยบอกว่า“แขนขาข้างขวาไม่มีแรง เดิน ลุก นั่งลำบาก” O:จากการตรวจร่างกาย แขนขาขวาอ่อนแรง grade 3 ปากเบี้ยวข้างขวา พูดสื่อสารไม่ชัด ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน จากผล CT พบว่ามี หลอดเลือดสมองด้านซ้ายแตกเล็กน้อย **วัตถุประสงค์** 1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน และสามารถทำ Active exercise ได้ และญาติช่วยทำ Passive exercise ได้ 2. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยได้ **การพยาบาล** 1. ประเมินสภาพร่างกายทางระบบประสาทการเคลื่อนไหวระบบกระดูกกล้ามเนื้อ 2. สอน/สาธิต ให้คำแนะนำญาติในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกายแขนขาอย่างถูกต้องและปลอดภัยส่งเสริมประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมให้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ อาทิ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ประสบการณ์ในการปฏิบัติ อาทิ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และออกกำลังกายด้วยลูกบอลเล็กสำหรับบีบ หรือจับ และปล่อย ในการบริหารกล้ามและการสั่งการของสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเอง สามารถทำได้สำเร็จ 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การเสริมแรงโดยการชมเชย ให้รางวัล การสนับสนุนและให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ญาติและผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการบริการร่างกายและกระตุ้นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง **ประเมินผล** ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ผลดีของการออกกำลังกายการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถทำ Active exercise ได้ถูกต้องในทุกท่าที่สอน วันละ 2 ผลการประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index เพิ่มขึ้นจากแรกรับ 11/20 ก่อนจำหน่าย 14/20	การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และออกกำลังกาย ด้วยลูกบอลเล็กสำหรับบีบ หรือจับ และปล่อย ในการบริหารกล้ามและการสั่งการของสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้สำเร็จ 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การเสริมแรงโดยการชมเชยให้รางวัล การสนับสนุนและให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ญาติและผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการบริการร่างกายและกระตุ้นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง **ประเมินผล** กรณีศึกษารายที่ 2 ญาติปฏิบัติการบริหารร่างกายผู้ป่วยบางส่วน เนื่องจากผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ต้องไปทำงาน การบริหารร่างกายส่วนใหญ่ใช้วิธีการยืดเหยียดและบริหารข้อมือข้อศอก ข้อไหล่ขวาติดเล็กน้อยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ขณะอยู่ที่บ้าน รับประทานอาหารได้เอง ไม่สำลัก ล้างหน้า แปรงฟัน ลุกเดินได้เอง ผลการประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index เพิ่มขึ้นจากแรกรับ 9/20 ก่อนจำหน่าย 13/20

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ข้อติดแข็ง เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง	**ข้อมูลสนับสนุน :** O:ผู้ป่วยลุกนั่งหรือเดินลำบาก ช่วยเหลือตนเองน้อย แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Grade 3 ข้างซ้าย Grade 5 ญาติต้องดูแล ช่วยทำ Passive exercise **วัตถุประสงค์** : ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และออกกำลังกายเองได้ (Active exercise) และให้ญาติช่วยทำ (Passive exercise) ไม่เกิดภาวะข้อติด ไม่มีแผลกดทับ **การพยาบาล :** 1.ประเมินสัญญาณชีพ 2.การส่งเสริมประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนของโรค และจัดกิจกรรมให้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ Active และ Passive exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด 3.สอนผู้ป่วยทำกายภาพ ฝึกลุก เดิน ในท่าที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง	**ข้อมูลสนับสนุน :** O: ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนองไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง Grade 3 ข้างขวา Grade 5 ญาติต้องช่วยพยุงลุกเดิน ช่วยทำ Passive exercise **วัตถุประสงค์** : ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และการออกกำลังกายเองได้ (Active exercise) และให้ญาติช่วยทำ (Passive exercise) ไม่เกิดภาวะข้อติด ไม่มีแผลกดทับ **การพยาบาล :** 1.ประเมินสัญญาณชีพ 2. การส่งเสริมประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนของโรค และจัดกิจกรรมให้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ Active และ Passive exercise ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด 3.สอนผู้ป่วยทำกายภาพ ฝึกลุก เดิน ในท่าที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการช่วยเหลือตัวเอง 4.การใช้คำพูดชักจูง (Verbal

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4.การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การเสริมแรงโดยการชมเชย การสนับสนุนและให้กำลังใจ	Persuasion) การเสริมแรงโดยการชมเชย การสนับสนุนและให้กำลังใจ
	การประเมินผล : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ ญาติช่วยทำ Passive exercise ได้	**การประเมินผล** : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Activeได้เองและญาติช่วยทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง
3. การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง	**ข้อมูลสนับสนุน** O : ตรวจร่างกาย E4V5 M Rt.3 Lt.5 : พูดไม่ชัด มุมปากตกเล็กน้อย : Barthel Activities of Daily Living (ADL) 11/20 วัตถุประสงค์ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ทั้งทางวาจาและภาษากาย เกณฑ์การประเมิน สีหน้าคลายกังวล สามารถติดต่อเพื่อรับความช่วยเหลือได้ การพูดดีขึ้น **การพยาบาล** 1. การพบกับตัวแบบบุคคลที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการดีขึ้น ซึ่งตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา เป็นตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ที่เสนอผ่านสื่อ วีดีทัศน์ เรื่องการกระตุ้นริมฝีปาก ฝึกการออกกำลังกล้ามเนื้อลิ้น และการบริหารริมฝีปาก	**ข้อมูลสนับสนุน** O : ตรวจร่างกาย E4V5M Rt.3 Lt.5 ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด : Barthel Activities of Daily Living (ADL) 9/20 วัตถุประสงค์ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ทั้งทางวาจาและภาษากาย เกณฑ์การประเมิน สีหน้าคลายกังวล สามารถติดต่อเพื่อรับความช่วยเหลือได้ การพูดดีขึ้น **การพยาบาล** 1. การพบกับตัวแบบบุคคลที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการดีขึ้น ซึ่งตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา เป็นตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ที่เสนอผ่านสื่อ วีดีทัศน์ เรื่องการกระตุ้นริมฝีปาก ฝึกการออกกำลังกล้ามเนื้อลิ้น และการบริหารริมฝีปาก

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	2. เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยกระตุ้นการฝึก 3. การใช้คำพูดในการชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ให้กำลังใจ ชื่นชม โดยผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีมุมปากตกเล็กน้อย ทำตามคำบอกได้ อ้าปากได้ตามคำสั่ง ยิ้มยิงฟัน แลบลิ้น เลียริมฝีปากได้ ส่งเสียงเบาๆ สามารถบอกถึงปัญหาและความต้องการได้ มีกำลังใจมากขึ้น ตรวจร่างกาย E4V5 M Rt.4 Lt.5ประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) คะแนน ADL 14/20	2. เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยกระตุ้นการฝึก 3. การใช้คำพูดในการชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ให้กำลังใจ ชื่นชม โดยผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง สามารถพูดได้คล่องขึ้น ทำตามคำบอกได้ อ้าปากได้ตามคำสั่ง ยิ้มยิงฟัน แลบลิ้น เลียริมฝีปากได้ ส่งเสียงเบาๆ สามารถติดต่อ บอกถึงปัญหาและความต้องการได้ มีกำลังใจมากขึ้น ตรวจร่างกาย E4V5 M Rt.4 Lt.5 ประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) คะแนน 13/20
4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการขับถ่ายเนื่องจากเสียการรับรู้และอัมพาตครึ่งซีก	**ข้อมูลสนับสนุน** : กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่พบบัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ	**ข้อมูลสนับสนุน** S: เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยบอกว่า ปัสสาวะออกน้อย (จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1) O: ผู้ป่วย Retain Foley’s catch (การเยี่ยมครั้งที่ 2) **วัตถุประสงค์** : ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ **เกณฑ์การประเมิน** : ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะได้ **การพยาบาล** -แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2-3 ลิตร/วัน -แนะนำสังเกตสี และจำนวนของปัสสาวะ -แนะนำการทำความสะอาดสายสวน การตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้ง ถุงปัสสาวะ ควรอยู่ระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เปลี่ยนสายสวนทุก 14 วัน จะช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		ประเมินผลการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง แพทย์จึงให้ Retain Foley's catheter ไว้ ประมาณ 14 วัน หลังครบ 14 วัน off Foley's catheter แต่ผู้ป่วยยังปัสสาวะเองไม่ได้ จึงได้รับ Retained Foley's catheter ครั้งที่ 2 ไว้ประมาณ 1 เดือน ปัสสาวะ flow ดี ไม่มีตะกอนสีขาวขุ่น ผู้ป่วยไม่มีไข้ จึงได้ off Foley's catheter หลัง Off ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เองวันละ 1000-1500 ซีซี
5. เสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกล้ามเนื้อในการกลืนลดลง	**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกลิ้นแข็ง กลืนลำบาก O: มุมปากด้านขวาตก พูดไม่ชัด **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย **เกณฑ์การประเมิน** ได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ กลืนอาหารได้โดยไม่มีอาการสำลัก **การพยาบาล** 1. สอนญาติถึงเทคนิคการฝึกกลืน เพื่อให้การกลืนอาหารอย่างปลอดภัย และระวังการสำลัก 2. แนะนำให้อาหารอ่อน อาหารมีลักษณะเป็นเส้น ชิ้นยาวใหญ่ ควรตัด หรือหันให้เป็นชิ้นเล็กๆ 3. หลังรับประทานอาหารทุกครั้งควรดูแลรักษาความสะอาดของช่องปาก 4. แนะนำให้เพิ่มจำนวนมื้อในการรับประทาน โดยอาจให้ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยขึ้น	**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกลิ้นแข็ง กลืนลำบาก O : ปากเบี้ยวกลืนลำบาก **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย **เกณฑ์การประเมิน** ได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ กลืนอาหารได้โดยไม่มีอาการสำลัก **การพยาบาล** 1. สอนญาติถึงเทคนิคการฝึกกลืน เพื่อให้การกลืนอาหารอย่างปลอดภัย และระวังการสำลัก 2. แนะนำให้อาหารอ่อน อาหารมีลักษณะเป็นเส้น ชิ้นยาวใหญ่ ควรตัด หรือหันให้เป็นชิ้นเล็กๆ 3. หลังรับประทานอาหารทุกครั้งควรดูแลรักษาความสะอาดของช่องปาก 4. แนะนำให้เพิ่มจำนวนมื้อในการรับประทาน โดยอาจให้ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยขึ้น

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	5. กระบวนการใช้คำพูดในการชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ให้กำลังใจ ชื่นชม โดยผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ **การประเมินผล** ผู้ป่วย ได้รับการฝึกกระตุ้นกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการกลืน รับประทานอาหารได้เอง อย่างเพียงพอ กลืนอาหารได้โดยไม่มีอาการสำลัก ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน BMI 22.06 กก./ม^2	5. กระบวนการใช้คำพูดในการชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ให้กำลังใจ ชื่นชม โดยผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ **การประเมินผล** ผู้ป่วย ได้รับการฝึกกระตุ้นกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการกลืน รับประทานอาหารได้เอง อย่างเพียงพอ กลืนอาหารได้โดยไม่มีอาการสำลัก ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน BMI 20.81 กก./ม^2
6. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทเดิมได้	**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่หลับ กลัวพิการ” O ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ญาติมีภาวะเครียดทั้งด้านการดูแลและเศรษฐกิจ **วัตถุประสงค์** เข้าใจและมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดในสมอง **เกณฑ์การประเมิน** อธิบายการดำเนินโรคหลอดเลือดในสมองได้ ญาติเข้าใจอาการและความต้องการของผู้ป่วย **การพยาบาล** 1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และความเต็มใจที่จะเรียนรู้ 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับความหมายของโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระร่างกาย ที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรค 3. ใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ที่เสนอผ่านสื่อ วีดีทัศน์ ตัวแบบจากตัวอย่างอาหาร การใช้คำพูดในการชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ฝึกผ่อนคลาย ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย ทำสมาธิ และเปิดโอกาสได้พูดระบายความรู้สึก	**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่หลับ เครียด กลัวพิการ มีโรคประตัวหลายโรค เบาหวาน และความดันโลหิตสูง” O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล **วัตถุประสงค์** เข้าใจและมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดในสมอง **เกณฑ์การประเมิน** อธิบายการดำเนินโรคหลอดเลือดในสมองได้ ญาติเข้าใจอาการและความต้องการของผู้ป่วย **การพยาบาล** 1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และความเต็มใจที่จะเรียนรู้ 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับความหมายของโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระร่างกาย ที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรค 3. ใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ที่เสนอผ่านสื่อ วีดีทัศน์ ตัวแบบจากตัวอย่างอาหาร การใช้คำพูดในการชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ฝึกผ่อนคลาย ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย ทำสมาธิ และเปิดโอกาสได้พูดระบายความรู้สึก

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. ผู้ป่วยมีภาวการณ์เปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ เนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์	**การประเมินผล** เมื่อได้เรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้ และได้รับแรงจูงใจ กำลังใจจากผู้ดูแล รับการกระตุ้นอารมณ์โดยฝึกความผ่อนคลายจากการฟังเพลง ทำสมาธิ เปิดโอกาสได้พูดระบายความรู้สึก สามารถลดความกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และมีแนวโน้มที่จะสามารถดูแลตนเองได้ **ข้อมูลสนับสนุน** O: มีภาวะอ่อนแรงซีกขวา ตรวจร่างกาย E4V5M Rt.3 Lt.5 : พูดไม่ชัด มุมปากตกเล็กน้อย กลืนลำบาก : Barthel Activities of Daily Living (ADL) 10/20 **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพ ศักยภาพและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงได้ **เกณฑ์การประเมิน** ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล และสามารถช่วยตนเองได้มากขึ้น **การพยาบาล** 1. ประเมินแบบแผนการดำรงชีวิต บทบาทและความรับผิดชอบ ของผู้ป่วยในครอบครัว 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การทำงานของร่างกายที่ไม่ปกติ การพูดไม่ได้	**การประเมินผล** เมื่อได้เรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้ และได้รับแรงจูงใจ กำลังใจจากผู้ดูแล รับการกระตุ้นอารมณ์โดยฝึกความผ่อนคลายจากการฟังเพลง ทำสมาธิ เปิดโอกาสได้พูดระบายความรู้สึก สามารถลดความกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ และมีแนวโน้มที่จะสามารถดูแลตนเองได้ **ข้อมูลสนับสนุน** O: มีภาวะอ่อนแรงซีกขวา ตรวจร่างกาย E4V5 M Rt.3 Lt.5 : พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก : Barthel Activities of Daily Living (ADL) 9/20 **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพ ศักยภาพและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงได้ **เกณฑ์การประเมิน** ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล และสามารถช่วยตนเองได้มากขึ้น **การพยาบาล** 1.ประเมินแบบแผนการดำรงชีวิต บทบาท และความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อครอบครัว 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การทำงานของร่างกายที่ไม่ปกติ การพูดไม่ได้

ตารางที่ 5 (ต่อ)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3. ให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาข้องใจ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การเสริมแรงโดยการชมเชย การสนับสนุนและ ให้กำลังใจ และให้ญาติมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย **การประเมินผล** เมื่อได้รับแรงจูงใจ จากผู้ดูแล ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากขึ้น และยอมรับภาพลักษณ์ บทบาทที่เปลี่ยนแปลง ญาติให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี	3. ให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาข้องใจ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การเสริมแรงโดยการชมเชย การสนับสนุน และให้กำลังใจ และให้ญาติมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย **ประเมินผล** เมื่อได้รับแรงจูงใจ จากผู้ดูแล ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากขึ้น และยอมรับภาพลักษณ์ บทบาทที่เปลี่ยนแปลง ญาติให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี
8. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภาวะหลอดเลือดสมองแตก	**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่า “มีปวดศีรษะบ่อยๆ” O: ผู้ป่วย อายุ 73 ปี มีญาติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และ มีประวัติค่าความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่ได้รับการรักษา **วัตถุประสงค์** : ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองซ้ำ **การพยาบาล** : 1. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด 2. แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดสมอง 3. ประสาน Care Giver หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ช่วยในการติดตามดูแลสังเกตอาหาร **การประเมินผล** : ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน แตกซ้ำ ติดตามเยี่ยมบ้าน ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีปวดศีรษะ	**ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่หลับ มีเรื่องให้คิดเยอะ” O: ผู้ป่วยอายุ 78 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง **วัตถุประสงค์** : ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองซ้ำ **การพยาบาล** : 1. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด 2. แนะนำญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดสมอง 3.ประสาน Care Giver หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ช่วยในการติดตามดูแลสังเกตอาหาร **การประเมินผล** : ไม่พบภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน แตก ซ้ำ ติดตามเยี่ยมบ้าน ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีปวดศีรษะ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง 4 ด้าน กรณีศึกษา 2 ราย

ความสามารถในการดูแลตนเอง	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ด้านกิจวัตรประจำวัน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) โดยใช้กระบวนการส่งเสริมประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมให้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เสริมแรงโดยการชมเชย การสนับสนุนและให้กำลังใจ ประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index)	ภายหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดีขึ้น แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน เดินโดยใช้ไม้เท้า ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากการทรงตัวไม่มั่นคง ขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระทุกวันไม่มีท้องอืด และนอนหลับๆตื่น มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 14/20 คะแนน	ภายหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดีขึ้น แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน เดินโดยใช้ไม้เท้า ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากการทรงตัวไม่มั่นคง ปัสสาวะออกน้อย ได้รับการ Retain Foley's Catch ไว้ 6 สัปดาห์ จึง off Foley's Catch หลัง off ปัสสาวะเองได้ ขับถ่ายอุจจาระลำบาก 2-3 วันถ่ายครั้ง ไม่มีท้องอืด และนอนหลับๆตื่น มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 13/20 คะแนน
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) โดยใช้กระบวนการ พบกับตัวแบบบุคคลที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการดีขึ้น ซึ่งตัวแบบที่ใช้ในการศึกษาเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ที่เสนอผ่านสื่อ วีดีทัศน์ ตัวอย่างอาหาร การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงกระบวนการใช้คำพูดในการชักจูง	ภายหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถช่วยเหลือตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ความรู้ และการให้ผู้ป่วยได้สังเกตจากตัวแบบ ทำให้ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ไม่พบอาการข้อติดแข็ง หรือกล้ามเนื้อลีบ และมีญาติช่วยทำ Passive exercise ได้ การที่บุคคลได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองก็	ภายหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถช่วยเหลือตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ความรู้ และการให้ผู้ป่วยได้สังเกตจากตัวแบบ ทำให้ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ Active ได้เองและญาติช่วยทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องการที่บุคคลได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
(Verbal Persuasion) มีผู้ดูแลคอยให้การดูแล และให้กำลังใจ	สามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ[8]	จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ[8]
ด้านการฟื้นฟูสภาพ (การสื่อสาร, กล้ามเนื้อในการกลืนลดลง) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) โดย ใช้กระบวนการ พบกับตัวแบบบุคคลที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการดีขึ้น ซึ่งตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา เป็นตัว แบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ที่เสนอผ่านสื่อวีดีทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวการฟื้นฟู รวมถึงการใช้คำพูดในการชักจูง (Verbal Persuasion) มีผู้ดูแลคอยให้การดูแล และให้กำลังใจ	ภายหลังได้รับกระบวนการส่งเสริมความสามารถช่วยเหลือตนเองด้านการฟื้นฟูสภาพ พบว่า สภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ตามลำดับ เห็นได้ชัดภายใน 30 วันแรก และยังมีการฟื้นตัวต่อไปได้ถึง 90 วัน และภายหลัง 90 วันจนถึง 6 เดือน ระบบ ประสาทสั่งการยังคงมีการฟื้นตัวได้แต่เห็นได้ไม่ชัดเท่าระยะแรก[9] การช่วยเหลือ และกำลังใจของครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเกิดได้เร็วขึ้น[10] ผู้ป่วยอายุ 73 ปี การฟื้นฟูสมรรถภาพจะช้าที่สุดในผู้ป่วยที่มีอายุ≥65 ปี[6]	ภายหลังได้รับกระบวนการส่งเสริมความสามารถช่วยเหลือตนเองด้านการฟื้นฟูสภาพ พบว่า อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและได้รับการฟื้นฟูจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง[6]แต่ด้วยผู้ป่วยอายุ 78 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้การฟื้นฟูสภาพ ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะทำให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 4.2 ได้[11]
ด้านการดูแลด้านจิตใจ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) โดยใช้การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การเสริมแรงโดยการชมเชย การสนับสนุนและให้กำลังใจ กล่าวชมเชยโดยผู้ศึกษาและผู้ดูแล การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ฝึกผ่อนคลายฟังเพลง ทำสมาธิ เปิดโอกาสได้พูดระบายความรู้สึก	ภายหลังได้รับกระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นและยอมรับภาพลักษณ์ บทบาทที่เปลี่ยนแปลง และญาติให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี การช่วยเหลือ และสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรค[10]	ภายหลังได้รับกระบวนการส่งเสริมความสามารถช่วยเหลือตนเองด้านการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และยอมรับภาพลักษณ์ บทบาทที่เปลี่ยนแปลง โดยมีญาติให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี การช่วยเหลือและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรค[10]

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม มิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางสังคม มิติทางปัญญา ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) และให้ผู้ดูแล ได้เข้ามามีส่วนรวมในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ และอารมณ์ ในระยะ 6 เดือน จะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ มีความคาดหวังในความสามารถที่จะตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการจัดการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง หรือฟื้นฟูในระยะ 6 เดือน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ พยาบาลในระยะฟื้นฟูจึงมีความสำคัญที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย การดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการติดตาม เยี่ยมบ้าน เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ[12] โดยเป้าหมายสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปดูแลต่อที่บ้านและในชุมชน คือ การปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตัวเองให้เร็วที่สุด[13] และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และการให้กำลังใจการดูแลแบบครบวงจร จะสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ ของผู้ป่วย ให้กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ[14]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพยาบาลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแล ตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติ การเข้าถึงระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชน และควรมีการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อผลลัพธ์การรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวงที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thaistrokesociety.org/purpose/สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองกระทรวงสาธารณสุข. HDC-report [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formated/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152
2. โรงพยาบาลเมืองสรวง. ข้อมูลเวชระเบียน สถิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564-2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2566.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke): ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. พรทิพย์รตา สุขรื่นบุลภรณ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช. 2564;1(2):113-29.
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2559.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: THE SON GROUP; 2554.

8. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
9. ชื่นชม ชื่อลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2555;12(1):99-111.
10. วัฒนีย์ ปานจินดา. ศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2559;5(2):70-8
11. Kitisomprayoonkul W, Sungkapo P, Taveemanoon S, Chaiwanichsiri D. Medical complications during inpatient stroke rehabilitation in Thailand: a prospective study. Journal of the Medicine Association Thailand. 2011;93(5):594-600.
12. มินตรา ธรรมกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารเพื่อการวิจัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต. 2563;1(2):75-87
13. รัชฎา ไสวาร. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):31-43.
14. เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์, การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):74-88.

ประสิทธิผลการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนวดและสปา จังหวัดขอนแก่น
Effectiveness of Developing Standards for Health Establishment Massage and Spa in Khon Kaen province

ยงรัตน์ วงศ์สุนะ*
Yongrat Wongsuna
Corresponding author: E-mail: mumoo.yongrat@gmail.com
(Received: August 13, 2024; Revised: August 20, 2024; Accepted: September 20, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์ผลการตรวจ ศึกษาแนวทางการพัฒนางานและจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ผลการตรวจสถานประกอบการย้อนหลังในปี พ.ศ.2565-2566 จากบันทึกผลการตรวจที่บันทึกไว้ ทำการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนางานที่ได้ดำเนินการในช่วงปี พ.ศ.2562-2566 และจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาสถานประกอบเพื่อสุขภาพ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ประสิทธิผลการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนวดและสปาในจังหวัดขอนแก่น พบปัญหาในด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ ซึ่งส่งผลต่อการไม่ได้มาตรฐาน และเกิดความไม่ปลอดภัย ดังนั้นจึงมีแนวทางเสนอแนะเพื่อพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประกอบด้วย 5 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) แนวทางการพัฒนาสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกันที่ทำให้ผู้ประกอบการสามารถนำไปใช้ได้เลย มีสุขลักษณะ และได้มาตรฐาน 2) การส่งเสริมศักยภาพผู้ประกอบการ เช่น มีการจัดทำ 1 อำเภอ 1 สถานประกอบต้นแบบภายใต้การบริหารจัดการตามบริบท 3) การสนับสนุนให้ผู้ประกอบการดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) การพัฒนาศักยภาพ สร้างความรอบรู้และอบรมให้ความรู้ให้ครอบคลุมทุกประเด็นที่เป็นปัญหาให้กับผู้ประกอบกิจการและผู้ปฏิบัติงาน และ 5) การติดตาม ประเมินผล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้การพัฒนามาตรฐานและความปลอดภัยให้กับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ; ประสิทธิผล; การพัฒนา; มาตรฐานสถานประกอบการ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Abstract

Purpose : To analyze the results of the assessment, examine strategies for enhancing operational practices, and develop recommendations for the advancement of health-related establishments in Khon Kaen Province.

Study design : Analytical Research.

Materials and Methods : This research involved analyzing the results of inspections of health establishments conducted retrospectively for the years 2022-2023, based on recorded inspection data. It included examining the strategies for operational development implemented from 2019 to 2023 and formulating recommendations for the enhancement of health establishments. Data was collected using a developed survey instrument and analyzed using both descriptive statistics and qualitative content analysis.

Main findings : The effectiveness of developing standards for health establishments specializing in massage and spa services in Khon Kaen Province reveals issues related to premises, safety, and service quality, which result in non-compliance with standards and potential safety hazards. Therefore, the following five main strategies are recommended for improving health establishments: Development of Standards for Premises, Safety, and Service Quality: 1) Establishing uniform standards that health establishments can directly implement to ensure hygiene and compliance. 2) Enhancement of Operator Capabilities: Initiating a model establishment in each district, managed according to local context, to serve as a benchmark for best practices. 3)Support for Knowledge Exchange and Observational Learning: Encouraging operators to visit and learn from each other's establishments to foster knowledge sharing. 4) Capacity Building and Training: Providing comprehensive training and knowledge dissemination to address all relevant issues for both operators and staff. And 5) Ongoing Monitoring and Evaluation: Implementing continuous oversight, assessment, and surveillance to ensure sustained adherence to standards and address emerging challenges.

Conclusion and recommendations : This study has provided valuable knowledge for the development of standards and safety protocols, enhancing the effectiveness of health establishments in the future.

Keywords : Health establishment; Effectiveness; Development; Establishment standards

*Registered Public Health Technical Officer Professional Level, Khonkaen Provincial Health Office

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ[1] เป็นแผนในการพัฒนาประเทศไทย ระยะยาว 20 ปี ที่เป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักไทย พ.ศ.2560 มีการมุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพ โดยจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579)[2] โดยในการดำเนินงานด้านสถานประกอบการสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นเลิศ แผนการดำเนินงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ 10 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการบริการสุขภาพ ซึ่งกำหนดให้สถานประกอบการสุขภาพจะต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และส่งเสริมให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมและพัฒนาเข้าสู่ระดับสากล ภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในการสนับสนุน (สบส.) ในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชน ร่วมกับเขตบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อสนับสนุนและเกิดกลไกในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมกับภาคประชาชนและขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีคุณภาพมีมาตรฐานและเกิดองค์ความรู้ในการพัฒนางาน

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ[3] หมายถึง กิจการสปาและกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือนวดเพื่อเสริมความงาม ถือเป็นธุรกิจที่มีบทบาทต่อการท่องเที่ยงและสร้างรายได้อย่างมากให้กับประเทศไทย โดยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจัดเป็นอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health and wellness) ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายของยุทธศาสตร์ของรัฐในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต โดยจากการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ในปี พ.ศ.2565[4] พบว่า ประเทศไทยมีกิจการนวดและสปาเกรดพรีเมียม เพิ่มมากขึ้น 300 แห่ง และจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 17 โดยจะสร้างรายได้ให้กับประเทศไทย 150.5 พันล้านดอลล่าร์ โดยในการดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นจะต้องเป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559[5] เป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยข้อกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา และกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม และข้อกำหนดมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกิจการสปาและนวดเพื่อสุขภาพและนวดเสริมความงาม เป็นการให้บริการที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและกระจายโรคในโรคติดต่อที่สามารถติดต่อกันได้ง่าย เช่น โรควัณโรค โรคหวัด โรคผิวหนัง รวมถึงเป็นกิจการที่เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บ เกิดการล่วงละเมิดทางเพศ เนื่องจากเป็นกิจการที่ต้องมีการสัมผัสใกล้ชิดตัวต่อตัวระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนสถานประกอบการด้านสุขภาพ 202 แห่ง โดยได้มีการพัฒนาและยกระดับสถานประกอบการด้านสุขภาพ ได้แก่ นวด และสปา ตามเกณฑ์มาตรฐานทางด้านกฎหมายของสถานประกอบเพื่อสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 ถึงปัจจุบัน ด้วยการส่งเสริมความรู้ในด้านการนวดและสปาให้กับผู้ประกอบการและผู้ให้บริการ การประชาสัมพันธ์และชี้แจงความรู้ด้านกฎหมายของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การจัดระบบการยื่นรับการขออนุญาตให้กับผู้ประกอบการและผู้ให้บริการ การออกตรวจและการออกใบอนุญาต การจัดการอบรมและสร้างทักษะอาชีพให้กับประชาชนด้วยการส่งเสริมการให้ผ่านการอบรมด้านนวดไทยตามชั่วโมงที่กำหนด ในปี พ.ศ.2564-2566 ได้มีการพัฒนาศักยภาพความรู้ในด้านอัตลักษณ์ไทยอิสานสปา การประเมินสถานประกอบการตามเกณฑ์นวดและสปา ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสถานที่ 2) ด้านความปลอดภัย และ 3) ด้านการให้บริการ ซึ่งจากการดำเนินงานในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องนั้น ยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและ

การประเมินประสิทธิผลในด้านการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนวดและสปา จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกิดขึ้นว่ามีผลลัพธ์เป็นอย่างไร ได้รู้ถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผน พัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการจัดทำแผนเฝ้าระวังมาตรฐานของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ทั้งนี้เพื่อสถานประกอบการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการประชาชน และเป็นการสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและสามารถเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูลให้กับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ผลการตรวจ ศึกษาแนวทางการพัฒนางานและจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) โดยทำการวิเคราะห์ผลการตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจำนวน 206 แห่ง ย้อนหลังจากบันทึกการตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 โดยแบ่งเป็นสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม จำนวน 192 แห่ง และสปาเพื่อสุขภาพ 14 ในด้านการได้รับอนุญาต ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย ด้านการให้บริการ และการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ทำการศึกษาวิเคราะห์แนวทางการพัฒนางานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจากเอกสารผลการตรวจสถานประกอบการสุขภาพและหลักฐานทางด้านโครงการที่ทำการพัฒนาและยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในปี พ.ศ.2562-2566 และจัดทำข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อนำสู่ประสิทธิผลของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 15 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ทุกแห่ง จำนวน 206 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตและมีสถานะคงอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกการตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามข้อกำหนดของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. แบบบันทึกข้อมูลการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ของแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้น โดยขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 1 ท่าน เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 1 ท่าน และเภสัชกรผู้รับผิดชอบด้านการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 1 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมรายชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตและยังมีสถานะคงอยู่ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

2. เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นในด้านข้อมูลทั่วไป ลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินกิจการ

ลักษณะการตรวจ ความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการพิจารณาผลการตรวจ จำนวนครั้งที่ตรวจจนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระยะเวลาในการตรวจเมื่อส่งหลักฐานครบ

3. รวบรวมบันทึกผลการตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเอกสารที่ได้รับการตรวจปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการออกแบบแบบบันทึกข้อมูลเพื่อรวบรวมผลจากการตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ข้อมูลจากผลการตรวจเอกสาร จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผลการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ปัญหาจากการตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และรวบรวมข้อมูลการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในปี พ.ศ.2562-2566 โดยศึกษาจากสรุปโครงการ และสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

4. ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล

5. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปประมวลผลโดยผู้วิจัยเป็นมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นคณะกรรมการออกตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยได้รับการอบรมจากสำนักพัฒนาบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตาม พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 โดยร่วมกับทางคณะกรรมการคนอื่นๆ ที่ออกตรวจร่วมกัน ดังนั้นผลของการประเมินเป็นการพิจารณาจากคณะกรรมการที่ออกประเมินร่วมกัน ไม่ใช่ผู้วิจัยเพียงคนเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยสำหรับด้านการสรุปผลการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาสำหรับด้านการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและการจัดทำข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วันที่ 9 เมษายน 2567 หมายเลขรับรอง REC 015/2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาต และมีสถานะคงอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวน 206 ร้าน โดยผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.27 มีลักษณะการให้บริการเป็นนวดเพื่อสุขภาพสูงสุด คือ ร้อยละ 92.72 รองลงมา คือ สปาเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 6.79 และนวดเพื่อเสริมความงาม ร้อยละ 0.49 โดยที่ตั้งส่วนใหญ่ของสถานประกอบการอยู่ที่อำเภอเมือง ร้อยละ 70.39 มีระยะเวลาของการได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการส่วนใหญ่มากกว่า 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.29 โดยมีพื้นที่ให้บริการเฉลี่ย 70.40 ± 63.54 ตารางเมตร ซึ่งผลของการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผลอนุญาตส่วนใหญ่ไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข ร้อยละ 52.43 โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยที่ตรวจจนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 3 ครั้ง และผู้ให้บริการส่วนใหญ่ผ่านการรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพร้อยละ 94.63 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (n=206)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	44(21.36)
หญิง	153(74.27)
ห้างหุ้นส่วนจำกัด/บริษัท	9(4.37)
ลักษณะการให้บริการ	
นวดเพื่อสุขภาพ	191(92.72)
นวดเพื่อเสริมความงาม	1(0.49)
สปาเพื่อสุขภาพ	14(6.79)
สถานที่ตั้ง	
อำเภอเมือง	145(70.39)
ต่างอำเภอ	61(29.61)
ระยะเวลาการได้รับอนุญาต	
< หรือเท่ากับ 1 ปี	33(16.02)
2-3 ปี	54(26.21)
4-5 ปี	36(17.48)
6 ปีขึ้นไป	83(40.29)
พื้นที่ให้บริการเฉลี่ย (ตารางเมตร)	70.40 ± 63.54
ผลการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	
อนุญาต โดยเห็นควรต้องปรับปรุงแก้ไข	98(47.57) *(นวดเพื่อสุขภาพ 84 ร้าน สปา 14 ร้าน)
อนุญาต โดยไม่ต้องปรับปรุงแก้ไข	108(52.43)
จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ตรวจจนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ครั้ง)	3
การรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ(คน)	(n=3,308)
ผ่านการรับรอง	3,272(94.63)
ไม่ผ่านการรับรอง	36(5.37)

2. สรุปผลการตรวจสถานประกอบเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งออกเป็น ดังนี้

1.1 ผลการตรวจสถานประเมินมาตรฐานนวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม พบว่า จำนวนร้านนวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงามทั้งหมดมี 192 ร้าน มีจำนวนร้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์การอนุญาตโดยจะต้องทำการปรับปรุงแก้ไขจำนวน 84 ร้าน ซึ่งมีประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ลำดับ ได้แก่ 1) ไม่มีป้าย/ข้อความเตือนให้ระวังอันตรายบริเวณที่เสี่ยง เช่น ระวังลื่น พื้นต่างระดับ ร้อยละ 42.86 2) ไม่มีป้ายหรือเอกสารคัดกรองความเสี่ยงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ร้อยละ 34.52 และ 3) ไม่มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งาน ร้อยละ 28.57 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลการประเมินมาตรฐานนวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ อนุญาตโดยเป็นประเด็นต้องปรับปรุงแก้ไข (n=84)

ประเด็นต้องปรับปรุงแก้ไข	จำนวน(%)
1. ด้านสถานที่	
-ปัญหาป้ายชื่อมีลักษณะโอ้อวดเกินจริง ทำให้เข้าใจว่ามีการบำบัดโรค	1(1.19)
2. ด้านลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ	
-การใช้น้ำในการให้บริการพื้นผิว ต้องทำด้วยวัสดุกันลื่น	14(7.14)
-มีแสงสว่าง การระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ มีกลิ่นอับทึบ ไม่มีการระบายอากาศ	12(14.29)
-บริเวณให้บริการต้องไม่มิดชิดและลับตาเกินไป ประตูสามารถปิดล็อกได้	3(3.57)
-มีการจัดการขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสียที่ไม่เหมาะสม	19(22.62)
-ระบบควบคุมพาหะนำโรคตามหลักสุขาภิบาลไม่เหมาะสม	8(9.52)
-ไม่มีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าสถานประกอบการ	3(3.57)
-ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าไม่แยกส่วนชายหญิง จัดเก็บไม่ถูกสุขลักษณะ	5(5.95)
3. ด้านความปลอดภัย	
-ไม่มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งาน	24(28.57)
-ไม่มีป้าย/ข้อความเตือนให้ระวังอันตรายบริเวณที่เสี่ยง เช่น ระวังลื่น พื้นต่างระดับ	36(42.86)
-ไม่ติดตั้งเครื่องดับเพลิง ไม่มีป้ายทางหนีไฟและไม่มีไฟฉุกเฉิน	17(20.24)
-ไม่มีป้ายหรือเอกสารคัดกรองความเสี่ยงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	29(34.52)
-การอบไอน้ำ อบซาวน่า หรืออุปกรณ์ที่ใช้ความร้อยหรือความเย็น ไม่มีผู้รับผิดชอบตรวจตราและดูแลการใช้อุปกรณ์ ไม่มีนาฬิกาติดในตำแหน่งที่ผู้บริการมองเห็น	2(2.38)
4. ด้านการให้บริการ	
-มีการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ขึ้นทะเบียนที่ถูกต้องตามกฎหมาย	5(5.95)
-แสดงรายการอัตราค่าบริการในจุดที่ไม่เปิดเผย	2(2.38)

* สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงามที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ต้องปรับปรุงแก้ไขมีจำนวน 84 ร้าน ซึ่งใน 1 ร้านอาจจะไม่ผ่านเกณฑ์ได้หลายประเด็น

2.2 ผลการตรวจสถานประเมินมาตรฐานสปาเพื่อสุขภาพ พบว่า จำนวนร้านสปาเพื่อสุขภาพมี 14 ร้าน มีจำนวนร้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์การอนุญาต โดยจะต้องทำการปรับปรุงแก้ไขทุกร้าน ซึ่งมีประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ลำดับ ได้แก่ 1) ไม่มีหลักฐานในการควบคุมดูและตรวจสอบคุณภาพน้ำ ร้อยละ 85.71 2) ไม่มีวิธีการแบ่งใช้ผลิตภัณฑ์เฉพาะราย ร้อยละ 71.43 และ 3) ไม่มีระบบคัดกรองผู้รับบริการที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเข้าใช้บริการ เช่น ห้ามสตรีมีครรภ์ ผู้ใช้ยาบางประเภท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ฯลฯ ร้อยละ 71.43 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผลการประเมินมาตรฐานสปาเพื่อสุขภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์อนุญาต โดยเป็นประเด็นต้องปรับปรุงแก้ไข (n=14)

ประเด็นต้องปรับปรุงแก้ไข	จำนวน(%)
1. ด้านสถานที่	
-ปัญหาการติดป้ายไม่ระบุประเภทกิจการ และติดไว้ที่บริเวณที่มองเห็นได้ไม่ชัด	2(14.29)
-ปัญหาระยะห่างระหว่างเตียงไม่เหมาะสม และมีทางเดินที่ไม่สะดวกในการให้บริการ	2(14.29)
-ปัญหาการมีประตู่ที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการไปมาหาสู่กับสถานบริการ	3(21.43)
-ปัญหาบริเวณการให้บริการเฉพาะบุคคลมีความมิดชิดและลับตาเกินไป และห้องบริการมีกลอนประตูที่ปิดล็อกได้	4(28.57)
-มีการจัดการขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสียที่ไม่เหมาะสม	2(14.29)
-ระบบควบคุมพาหะนำโรคตามหลักสุขาภิบาลไม่เหมาะสม	2(14.29)
2. ด้านความปลอดภัย	
-ไม่มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งาน	9(64.29)
-ไม่มีวิธีการแบ่งใช้ผลิตภัณฑ์เฉพาะราย	10(71.43)
-ไม่ติดตั้งเครื่องดับเพลิง ไม่มีป้ายทางหนีไฟและไม่มีไฟฉุกเฉิน ไม่มีหลักฐานตรวจสอบความพร้อมใช้ของถังดับเพลิง	9(64.29)
-ไม่มีป้ายหรือเอกสารคัดกรองความเสี่ยงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ	5(35.71)
-การอบไอน้ำ อบซาวน่า หรืออุปกรณ์ที่ใช้ความร้อยหรือความเย็น ไม่มีผู้รับผิดชอบตรวจตราและดูแลการใช้อุปกรณ์ ไม่มีเอกสารแสดงการตรวจสอบอุปกรณ์ ไม่มีป้ายแสดงข้อความควรปฏิบัติให้ผู้รับบริการได้ระวัง	6(42.86)
-ไม่มีระบบคัดกรองผู้รับบริการที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเข้าใช้บริการ เช่น ห้ามสตรีมีครรภ์ ผู้ใช้ยาบางประเภท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ฯลฯ	10(71.43)
-ไม่มีหลักฐานในการควบคุมดูและตรวจสอบคุณภาพน้ำ	12(85.71)
4. ด้านการให้บริการ	
-ไม่มีเลขใบอนุญาตของผู้ดำเนินการปฏิบัติงาน ณ สถานประกอบการ	2(14.29)
-การบริการฝ่ายฝืนกฎหมายการประกอบโรคศิลป์ คือ มีเมนูการสักผิวหนัง	1(7.14)
-ไม่มีการจัดทำทะเบียนประวัตผู้รับบริการไว้เป็นหลักฐาน	

* สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ ต้องปรับปรุงแก้ไขมีจำนวน 14 ร้าน ซึ่งใน 1 ร้านอาจจะไม่ผ่านเกณฑ์ได้หลายประเด็น

สรุปผลในการศึกษาแนวทางการพัฒนางานของสถานประกอบการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้ คือ แนวทางในการพัฒนางานของสถานประกอบการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 7 แนวทาง ได้แก่ 1) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการให้ดำเนินงานในระดับที่สูงขึ้นด้วยการแข่งขันและการประเมินศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น 2) การพัฒนาศักยภาพความรู้ผู้ให้บริการ 3) การพัฒนาการขออนุญาตการตรวจสถานประกอบการและการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ประกอบการด้วยช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ 4) การพัฒนานวัตกรรมในการให้บริการทางด้านสุขภาพ 5) การศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ 6) การเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่น ๆ 7) การเชื่อมโยงสถานประกอบการสุขภาพสู่การท่องเที่ยงเชิงสุขภาพและทางการแพทย์ ซึ่งแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (นวดเพื่อสุขภาพ นวด เพื่อเสริมความงาม และสปาเพื่อสุขภาพ จากเอกสารและโครงการการดำเนินงานที่ผ่านมาจากปี 2562-2566)

ปี พ.ศ.	แนวทางพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น
2562	1. การส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเข้าร่วมโครงการมาตรฐาน “นวดไทยพรีเมียม” 2. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานนวดไทยพรีเมียม 1 แห่ง (เป็นแห่งแรกและแห่งเดียวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 3. การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ผสานงานบริการด้วยหัวใจ โดยการให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะที่สำคัญและจำเป็นเพิ่มเติมจากมาตรฐานขั้นพื้นฐาน เช่น การช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น การจัดการด้านสุขอนามัยสำหรับการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การมีใจรักในงานบริการ การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะอัคคีภัยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 4. การจัดทำสื่ออนิเมชันแนวทางขออนุญาตนวดและสปาเผยแพร่ทาง Youtube และจัดทำเป็น QR code
2563	การตรวจเยี่ยมสถานประกอบเพื่อให้คำแนะนำมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด-19
2564	1. การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพเบ็ดเสร็จ (Smart counter service) ในการให้บริการขออนุญาตเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ http://www.kkpho.go.th/การขออนุญาตเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ) 2. การพัฒนาโปรแกรม OSSC line official เพื่อให้บริการประชาชนในด้านการสืบค้นข้อมูลทางด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการให้คำปรึกษาให้บริการกับผู้มารับบริการในด้านการจองคิวนัดหมาย การยื่นขออนุญาต การร้องเรียน เป็นต้น 3. การพัฒนาเว็ปไซต์การให้บริการประชาชนทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4. การพัฒนาการตรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านช่องทางออนไลน์ (VDO call) โดยให้ผู้ประกอบการส่งคลิปวิดีโอแนะนำตัวและสถานประกอบการก่อนวันนัดตรวจออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความรุนแรง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปี พ.ศ.	แนวทางพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น
	1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการประชาชนในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต่อประชาชนต้องผ่านหลักสูตรการอบรม และมีการตรวจสอบการให้บริการ ด้วยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2. การจัดอบรม Service mind & Smart service ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต่อประชาชน 3. พัฒนาร้านสมาชิกและขอรับการประเมินรางวัลนวดไทยพรีเมียมขอนแก่นและกาฬสินธุ์ 4. จัดงานนวดกัญชงดื่มกัญชาในสปาอีสานที่ขอนแก่น
2565	1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการประชาชนในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต่อประชาชนต้องผ่านหลักสูตรการอบรม และมีการตรวจสอบการให้บริการ ด้วยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2. การจัดอบรม Service mind & Smart service ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต่อประชาชน 3. พัฒนาร้านสมาชิกและขอรับการประเมินรางวัลนวดไทยพรีเมียมขอนแก่นและกาฬสินธุ์ 4. จัดงานนวดกัญชงดื่มกัญชาในสปาอีสานที่ขอนแก่น 5. จัดงานประกวดและมอบรางวัลสถานประกอบการต้นแบบอัตลักษณ์อีสาน 6. พัฒนาขันหมากเบ็ง (บายศรีอีสาน) สำหรับใช้ตกแต่งร้านนวดและสปา 7. พัฒนาอัตลักษณ์ด้านการรับรส จากใบเนียมอ้น (เครื่องหอมในวัฒนธรรมอีสาน) 8. การฟื้นฟูสถานประกอบการสุขภาพหลังโควิด-19 9. การศึกษาดูงานสถานประกอบการสุขภาพในระดับพรีเมียม
2566	1. การรวบรวมฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและแหล่งท่องเที่ยงเชิงสุขภาพในจังหวัด และแต่งตั้งคณะกรรมการในการพัฒนางานจัดการบริการศูนย์เวลเนสและแหล่งท่องเที่ยวเที่ยวเชิงสุขภาพ 2. การพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ 3. ส่งเสริมสถานประกอบเพื่อสุขภาพเพื่อต่ออายุการรับรองมาตรฐานนวดไทยพรีเมียมจำนวน ๑ แห่ง คือ เซนส์ สปา ชีวาทิพย์ และพัฒนาเพิ่มอีก 2 แห่ง ได้แก่ วิมานดินสปา และมนตรานวดเพื่อสุขภาพ 4. พัฒนานวัตกรรมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จนเกิดนวัตกรรม 2 อย่าง คือ อัตลักษณ์ไทยอีสานสปา (Thai Esan Spa) และอีสานนวดกัญ (นวดกัญชง ประคบกัญชา)

3. สรุปผลเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น จากการสรุปข้อมูลข้อ 1-3 ส่งผลให้ผู้วิจัยและทีมคณะกรรมการที่ตรวจประเมินสถานประกอบการสุขภาพร่วมกัน ได้เสนอข้อเสนอแนะที่จะพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อไป โดยเป็นแนวทางเสนอแนะในประเด็นที่ยังไม่มีการดำเนินการและประเด็นที่ควรทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดขอนแก่น

ประเด็นปัญหา	ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดขอนแก่น
ปัญหาด้านสถานที่	ควรมีการพัฒนาสถานที่ของสถานประกอบการ ด้วยการจัดทำรูปแบบในด้านสัญลักษณ์ต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อทำเป็นแนวทางให้กับผู้ประกอบการในการสามารถนำไปใช้ได้เลย และควรมีการจัดทำ 1 อำเภอ 1 สถานประกอบต้นแบบภายใต้การบริหารจัดการตามบริบท มีการสนับสนุนให้ผู้ประกอบการดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และเพิ่มการให้ความรู้เรื่องการจัดการสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะในสถานประกอบการ ร่วมกับมีการติดตาม ประเมินผล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
ปัญหาด้านความปลอดภัย	ควรมีการจัดทำกล่องยาและเครื่องมือช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นเป็นแนวทางให้กับผู้ประกอบการ และประสานความร่วมมือกับภาคเอกชน ได้แก่ ร้านขายยาในการจำหน่ายในรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการจัดทำสัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับการเกิดเพลิงไหม้ที่เป็นแนวทางเดียวกัน ตลอดจนการสร้างแบบบันทึกในการให้บริการผู้ป่วยที่ครอบคลุม และต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในการอบรมเชิงปฏิบัติการเมื่อเกิดเพลิงไหม้ อุทกภัย หรือภัยอันตรายที่จะเกิดกับผู้ให้บริการเป็นประจำทุกปี รวมถึงการควบคุมระบบน้ำในการให้บริการ มีระบบการติดตามประเมินผล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
ปัญหาด้านการบริการ	ควรมีการประเมินด้านการรับรองคุณภาพผู้ให้บริการและเสนอต่อกรมต่อไป เพื่อให้มีผู้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน มีการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบกิจการและผู้ให้บริการในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยและถูกต้อง การอบรมด้านกฎหมายและการฝ่าฝืนกฎหมายในการประกอบโรคศิลป์ การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ดีในการแบ่งบรรจุผลิตภัณฑ์ และควรมีการจัดทำเอกสารต้นแบบในด้านการจัดทำทะเบียนประวัติผู้มารับบริการ และมีระบบติดตามประเมินผล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

ผลการตรวจสถานประเมินมาตรฐานนวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น มีลักษณะการให้บริการเป็นนวดเพื่อสุขภาพสูงสุด คือ ร้อยละ 92.72 รองลงมา คือ สปาเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 6.79 และนวดเพื่อเสริมความงาม ร้อยละ 0.49 โดยที่ตั้งส่วนใหญ่ของสถานประกอบการอยู่ที่อำเภอเมือง ร้อยละ 70.39 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพล จึงสมเจตไพศาล[6] ที่พบว่า ในประเทศไทยมีผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นกิจการการนวดเพื่อสุขภาพมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 85.64 โดยสถานประกอบการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเขตเมือง โดยเมื่อวิเคราะห์ผลการตรวจสถานประกอบการสุขภาพ ได้แก่ ร้านนวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม พบว่า มีจำนวนร้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์อนุญาต โดยจะต้องทำการปรับปรับปรุงแก้ไขร้อยละ 43.75 โดยมาตรฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ด้านความปลอดภัย ซึ่งมีประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ทั้งลำดับ คือ 1) ไม่มีป้าย/ข้อความเตือนให้ระวังอันตรายบริเวณที่เสี่ยง เช่น ระวังลื่น พื้นต่างระดับ ร้อยละ 42.86 2) ไม่มีป้ายหรือเอกสารคัดกรองความเสี่ยงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ร้อยละ 34.52 และ 3) ไม่มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่พร้อมใช้งาน ร้อยละ 28.57 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพล จึงสมเจตไพศาล[7] ที่พบว่า มาตรฐานด้านที่ผ่านการประเมินต่ำที่สุดของสถานประกอบการ

สปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมณี คือ ด้านสถานที่ประกอบกิจการและสภาพแวดล้อม เนื่องจากการยังไม่มีกฎหมายกำกับดูแลการดำเนินกิจการเป็นการเฉพาะ ผู้ประกอบกิจการ ผู้ดำเนินการ และ ผู้ให้บริการจำนวนมากขาดความรู้และทักษะในการประกอบกิจการ การให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐานและส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ร่างกาย หรือจิตใจของผู้รับบริการ ประกอบกับผู้ใช้คำว่าสถานประกอบเพื่อสุขภาพประกอบกิจการแฝงอย่างอื่นที่กระทบกับความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ สำหรับในส่วนของสปาเพื่อสุขภาพ พบว่ามีจำนวนร้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์อนุญาต โดยจะต้องทำการปรับปรุงแก้ไขร้อยละ 100 โดยมาตรฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ด้านความปลอดภัย ซึ่งมีประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ลำดับ ได้แก่ 1) ไม่มีหลักฐานในการควบคุมดูและตรวจสอบคุณภาพน้ำ ร้อยละ 85.71 2) ไม่มีวิธีการแบ่งใช้ผลิตภัณฑ์เฉพาะราย ร้อยละ 71.43 และ 3) ไม่มีระบบคัดกรองผู้รับบริการที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเข้าใช้บริการ เช่น ห้ามสตรีมีครรภ์ ผู้ใช้ยาบางประเภท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ฯลฯ ร้อยละ 71.43 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปัญจ์ปพัชรภร บุญพร้อม และคณะ[8] ที่พบว่า ผลการประเมินมาตรฐานด้านความปลอดภัยของสถานประกอบการสปา พบว่า ประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์และต้องปรับปรุงแก้ไข คือ 1) การปฐมพยาบาล เนื่องจากสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2) การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายภายในสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีป้ายบอกถึงอันตรายของสารเคมีต่าง ๆ เมื่อลูกค้ามาใช้บริการ 3) การควบคุมเวลาการใช้อุปกรณ์ในห้องที่บริการสปาเพื่อสุขภาพไม่มีนาฬิกาบอกเวลาส่วนใหญ่จะมีแค่บริเวณชั้นล่างตรงแผนกบริการลูกค้าเท่านั้น และ 4) ระบบป้องกันภัยฉุกเฉิน ไม่มีป้ายบอกทางหนีไฟและอุปกรณ์ในการดับเพลิงเบื้องต้น ดังนั้นจากผลการศึกษาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถที่จะนำผลที่ได้จากการประเมินมาตรฐานไปใช้ในการพัฒนามาตรฐานและความปลอดภัยของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

ผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนางานของสถานประกอบการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 7 แนวทาง ได้แก่ 1) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการให้ดำเนินงานในระดับที่สูงขึ้นด้วยการแข่งขันและการประเมินศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น 2) การพัฒนาศักยภาพความรู้ผู้ให้บริการ 3) การพัฒนาการขออนุญาตการตรวจสถานประกอบการและการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ประกอบการด้วยช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ 4) การพัฒนานวัตกรรมในการให้บริการทางด้านสุขภาพ 5) การศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้ 6) การเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่น ๆ 7) การเชื่อมโยงสถานประกอบการสุขภาพสู่การท่องเที่ยงเชิงสุขภาพและทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุพร เกตุไหม และทิวาวรรณ ซื่อสัตย์[9] ที่พบว่า แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ เจ้าของสถานประกอบการจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของพนักงานและให้การสนับสนุนในเชิงนโยบาย งบประมาณ เวลา และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และพนักงานต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน โดยมีแนวทางในการพัฒนาสถานประกอบการ ได้แก่ ควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงานในการให้ความสำคัญต่อกระบวนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ และการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากภาคีเครือข่ายสุขภาพด้วยการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกให้กับสถานประกอบการ เช่น การส่งเสริมด้านสุขภาพให้กับพนักงาน การขยายผลการอบรมนักพัฒนาสุขภาพไปยังสถานประกอบการอื่นๆ ให้ครอบคลุม และการพัฒนาทักษะในด้านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่พนักงานโดยบทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมปวีร์ บุณยาพรทรัพทย์ และคณะ[10]

ที่พบว่าในการพัฒนาและส่งเสริมมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ควรมีการพัฒนาสมรรถนะและการได้รับอนุญาตตามกฎหมายของผู้ประกอบกิจการและผู้ปฏิบัติงาน และควรนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการขึ้นทะเบียนให้กับเจ้าของสถานประกอบการและต้องมีการกำกับติดตามให้สถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเคร่งครัด

ผลการจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) มีแนวทางในการพัฒนาสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกันที่ทำให้ผู้ประกอบการสามารถนำไปใช้ได้เลย มีสุขลักษณะ และได้มาตรฐาน 2. ควรมีการส่งเสริมศักยภาพผู้ประกอบการ เช่น มีการจัดทำ 1 อำเภอ 1 สถานประกอบต้นแบบภายใต้การบริหารจัดการตามบริบท 3) การสนับสนุนให้ผู้ประกอบการดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) การพัฒนาศักยภาพสร้างความรอบรู้และอบรมให้ความรู้ให้ครอบคลุมทุกประเด็นที่เป็นปัญหาให้กับผู้ประกอบกิจการ และผู้ปฏิบัติงาน 5) การติดตาม ประเมินผล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรียานุช รัตนพงศ์ และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต[11] ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ โดยการให้ความรู้และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ร่วมกับความตั้งใจของผู้ประกอบการที่จะยื่นขออนุญาตให้ถูกต้องตามกฎหมาย จะทำให้เกิดการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวภรณ์ แนวจำปา และคณะ[12] ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า การที่ภาครัฐมีทิศทางที่ชัดเจนในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการด้านสุขภาพให้มีความรู้ และเป็นไปตามหลักวิชาการที่ทันสมัย ตลอดจนการใช้ประโยชน์ทางด้านเทคโนโลยี และสร้างความรอบรู้ในหลักกฎหมายร่วมกับการมีมาตรการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันกิจการแอบแฝง ตลอดจนการยกระดับการพัฒนามาตรฐานที่เกี่ยวข้องกันทัดเทียมสากลเพื่อสร้างความมั่นใจในการรับบริการ เช่น การยกระดับการประกอบอาชีพสู่ความเป็นกึ่งวิชาชีพ จะส่งผลให้เกิดภาพลักษณ์ในการบริการที่ดี มีมาตรฐานและมีความปลอดภัยสูงแก่ประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพล จึงสมเจตไพศาล[6] ที่ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) มาตรการทางด้านกฎหมาย ในการเร่งรัดให้สถานประกอบการที่ยังไม่ได้มีใบอนุญาตเข้าสู่ระบบ หากไม่มีใบอนุญาตในการประกอบกิจการ ต้องมีการบังคับใช้มาตรฐานตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดตามมาตรา 42 กรณีที่ผู้ที่ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ไม่ได้รับใบอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และต้องมีกลไกในการเพิกถอนหลักสูตรที่ผ่านการรับรองแต่มีการจัดการเรียนการสอนที่ไม่มีคุณภาพ และ 2) มาตรการส่งเสริมพัฒนา โดยมุ่งเน้นสถาบันการศึกษาในการจัดการเรียนการสอนเพื่อควบคุมคุณภาพตั้งแต่ต้นทาง การจัดทำคู่มือแนวทางในการขอรับรองหลักสูตร การพัฒนาผู้ให้บริการให้ด้านการปฏิบัติงาน และความรู้ในด้านคุณธรรม จริยธรรม และกริยามารยาทของความเป็นไทย การสร้างเครือข่ายกับสถาบันการศึกษา หน่วยงาน องค์กรในการพัฒนาหลักสูตรให้สู่ระดับสากล การยกระดับการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้บริการเพื่อสุขภาพ (Wellness academic hub) เพื่อรองรับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และการผลิตวิทยากรที่มีคุณวุฒิด้านสุขภาพและความงามให้เพียงพอ เพื่อทำให้สถานประกอบการด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาที่ครอบคลุม มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป ประสิทธิผลการพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนวดและสปาในจังหวัดขอนแก่น พบปัญหาในด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ ซึ่งส่งผลต่อการไม่ได้มาตรฐาน และเกิดความไม่ปลอดภัย ดังนั้นจึงมีแนวทางเสนอแนะเพื่อพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประกอบด้วย 5 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) มีแนวทางในการพัฒนาสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ที่เป็นมาตรฐานแนวทางเดียวกันที่ทำให้ผู้ประกอบการสามารถนำไปใช้ได้เลย มีสุขลักษณะ และได้มาตรฐาน 2) ควรมีการส่งเสริมศักยภาพผู้ประกอบการ เช่น มีการจัดทำ 1 อำเภอ 1 สถานประกอบต้นแบบภายใต้การบริหารจัดการตามบริบท 3) การสนับสนุนให้ผู้ประกอบการดูงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) การพัฒนาศักยภาพสร้างความรอบรู้และอบรมให้ความรู้ให้ครอบคลุมทุกประเด็นที่เป็นปัญหาให้กับผู้ประกอบกิจการและผู้ปฏิบัติงาน 5) การติดตาม ประเมินผล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาและยกระดับสถานประกอบการให้ผ่านเกณฑ์ในระดับสูงขึ้น เช่น เกณฑ์ระดับโลก (World class)

2. ควรมีการประเมินผลในด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เท่าทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนผ่าน

3. ควรมีการศึกษาและพัฒนาในด้านความปลอดภัยจากการให้บริการการนวดและสปา และรายงานเข้าสู่ระบบเพื่อยกระดับการเฝ้าระวังผลข้างเคียง อันตราย หรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ทีมเภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และผู้มีส่วนร่วมอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ได้ร่วมกันในการนำเสนอแลกเปลี่ยนแนวคิดความคิดเห็นในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อการพัฒนาสถานประกอบเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ราชกิจจานุเบกษาแผนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-25680 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ;2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือปฏิบัติงานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaispa.go.th/spa2013/web/web_new/fileupload_doc/2023-03-27-2-23-3105334.pdf.
4. กรุงเทพธุรกิจ. นวด-สปาไทย เกรดพรีเมียมหลังโควิด-19 โต 17% ทุกปี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1051311.
5. กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://do8.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2023-07-03-12-23-5618041.pdf.
6. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. การบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(2):303-13.
7. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. การพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการสปาและนวดเพื่อสุขภาพไทยในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(3):1-12.
8. ปัญจ์ปพัชรภร บุญพร้อม, เพชราวลัย ถิระวณัฐพงศ์, วชิระ สิงหะคเชนทร์. การประเมินมาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของธุรกิจสปา กรณีศึกษาเขตบางรักและเขตวัฒนา กรุงเทพฯ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย

อุบลราชธานี. 2556;15(3):11-20.

9. วิชชุพร เกตุไหม, ทิวาวรรณ ซื่อสัตย์. การศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการ 3 แห่ง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556;46(1):116-28.
10. เปรมปวีร์ บุณยาพรทรัพย์, รุ้งรังสี วิบูลชัย, เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์. การพัฒนาและส่งเสริมมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 (การให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดกิจกรรมการดูแลส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการพักค้างคืน). วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2565;18(2):14-26.
11. ปรียานุช รัตนพงศ์, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงามและสปาในจังหวัดพัทลุงให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;13(3):621-41.
12. สุวภรณ์ แนวจำปา, จิโรจ สินธวานน์, งามเนตร เอี่ยมนาคะ, ศุภารัตน์ หงส์ประเสริฐ. การพัฒนานวัตกรรมเวลเนสเพื่อจัดบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ [กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์]. กรุงเทพฯ : กองสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care of a Patient with Septic shock at Inpatient Department : Two Case Studies)

จีรนันท์ พันธุ์พาณิชย์*

Jeeranun Punpanich

Corresponding author: E-mail; Jeeranun77@hotmail.com

(Received: August 16, 2024; Revised: August 24, 2024; Accepted: September 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการวางแผนการพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย และเพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะช็อคที่เหมาะสมผู้ป่วยแต่ละรายในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย

รูปแบบการศึกษา : เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี ศึกษาเปรียบเทียบกัน 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษา เลือกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกที่มารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองสรวงระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – เดือนธันวาคม 2566 โดยศึกษาจากการปฏิบัติงานและจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 2 รายเพื่อเปรียบเทียบกัน

ผลการศึกษา : ภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสเลือดหากได้รับการประเมินการคัดกรองอย่างถูกต้อง จะนำมาสู่การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานซึ่งมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย นับว่าเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในทุกระยะของการรักษาตั้งแต่กระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วย การประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการ การประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้องในการรักษาตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งบทบาทดังกล่าวนับว่าเป็นความท้าทายในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้และฝึกฝนทักษะในการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเร็วที่สุดระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่สภาวะปกติ ลดความรุนแรงจากความทุพลภาพและเสียชีวิต

สรุปและข้อเสนอแนะ : กรณีศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

Abstract

Purposes : To effectively study the issues and strategies for nursing care planning, aiming to prevent dangerous complications and increase patient survival rates and to plan appropriate nursing care for patients with sepsis accompanied by septic shock, tailored to each individual patient at every stage of care, from admission to discharge.

Study design : Case Study.

Materials and Methods : This is a case study of two patients, comparing each other.

Main findings : A case study was conducted to select patients with septic shock who were admitted to Muang Suang Hospital between October 2023 and December 2023. The study was conducted from the practice and the inpatient medical records. Two patients were studied for comparison.

Conclusion and recommendations : Septic shock, if properly screened, will lead to a diagnosis and rapid treatment, giving patients a higher chance of survival. Professional nurses who are responsible for providing nursing care and monitoring changes in patients' symptoms are important individuals in caring for and providing nursing care to patients with septic shock at every stage of treatment, from patient screening, assessment, symptom monitoring, and coordination with the treatment team throughout the patient's hospitalization. This role is a challenge in developing knowledge and training advanced nursing skills in managing septic shock. The main goal is to provide patients with the safety of septic shock as soon as possible, and to return the circulatory system to normal, reducing the severity of disability and death.

Keywords : Nursing care for patients Septic shock.

* Registered Nurse Professional Level, Muang Suang Hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ของ Sepsis 77 รายต่อแสนประชากร และในประเทศไทยเอง การติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค (septic shock) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย และเป็นปัญหาสุขภาพในแผนการพัฒนาระบบสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นภาวะที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2022 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็น 19.70 เปอร์เซ็นต์ของการเสียชีวิตทั่วโลก สำหรับประเทศไทยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็น 5 อันดับแรกของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 15 - 56[1] สำหรับประเทศไทยมีอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 ต่อ ประชากร 100,000 คน เท่ากับ 52.10, 61,00 และ 61.20 ตามลำดับ ถือว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[2] ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ปี และมีผู้ป่วยผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วพบว่ามีผู้ป่วย Sepsis 1 รายเกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง จากสถิติของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Sepsis ค.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 81,357 คนต่อปี และในจำนวนนี้มีการเสียชีวิต 24,347 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 29.93[3] ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความซับซ้อนทั้งในแง่ของพยาธิสภาพของโรค รวมถึงการวินิจฉัยและการรักษา ตลอดจนการดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่เริ่มมีภาวการณ์ตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome: SIRS) จนถึงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว[4-5] (Multiple organs Failure) ภายใน 48 –72 ชั่วโมง และเสียชีวิตในที่สุด ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วตามมาตรฐานภายใน 6 ชั่วโมงแรก กล่าวได้ว่าภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญเกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด[6] ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นภาวะที่มีการดำเนินโรคค่อนข้างเร็ว ส่งผลต่ออวัยวะที่สำคัญที่ได้รับผลกระทบหลักๆ คือ ไต เพราะไตเป็น อวัยวะที่ใช้ในการดำรงชีวิต (Vital Organ) ที่ต้องการเลือดมากที่สุด คือ 20 % ของ Cardiac output ไปเลี้ยงไต เมื่อเกิด Blood Supply Oxygen supply ที่ลดลง ไตจะได้รับผลกระทบอันดับแรก ตามด้วยระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ เป็นต้น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมิน ติดตามอาการตลอดจนการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่การประเมินแรกรับจนถึงกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตลอดจนความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

จากการทบทวนกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลเมืองสรวง ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญที่ต้องมีการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และมีต้นทุนในการรักษาสูง ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า จากสถิติ 2 ปีย้อนหลังของงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองสรวงตั้งแต่ปีงบประมาณ ค.ศ. 2565 – 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ ค.ศ. 2565 จำนวน 40 ราย โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบ

ทางเดินหายใจ 12 ราย, ติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร 19 ราย, ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 7 ราย, ติดเชื้อที่ผิวหนัง 1 ราย และจากโรคติดเชื้อเมลิออย์ 1 ราย ซึ่งผลการรักษาผู้ป่วยทั้ง 40 รายมีดังนี้ ส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดหลัง Admit 10 ราย (ส่งต่อหลัง Admit ภายใน 24 ชม. 4 ราย, ส่งต่อหลัง Admit มากกว่า 24 ชม. 6 ราย), อาการทุเลาสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ 29 ราย, เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1 ราย และในปีงบประมาณ 2566 มี ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) รับไว้รักษาตัวที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน 48 ราย โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 16 ราย, ติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร 15 ราย, ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 12 ราย, การติดเชื้อที่ผิวหนัง 5 ราย ผลการรักษาผู้ป่วยทั้ง 48 ราย มีรายละเอียดดังนี้ ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาต่อที่ รพ.ร้อยเอ็ด หลัง Admit 12 ราย (ส่งต่อภายใน 24 ชม. หลัง Admit 8 ราย ส่งต่อหลัง Admit 24 ชม. 3 ราย) รักษาหายจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ จำนวน 33 ราย จากข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ยังเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาลเมืองสรวง ที่ต้องมีการพัฒนากระบวนการในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่กระบวนการการคัดกรองการวินิจฉัย กระบวนการจัดการเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กระบวนการจัดการด้วยระบบทางด่วนโดยการให้ยาปฏิชีวนะโดยเร็วที่สุดภายใน 1 ชม. การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือด รวมไปถึงการบริหารสารน้ำ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลาง จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ ความสำคัญของการพยาบาลที่สอดคล้องกับรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก (EGDT)[7] และการเฝ้าระวังในระยะ 48 ชม.แรก

จากเหตุผลและความสำคัญข้างต้นจึงได้มีการทบทวนเอกสารทางวิชาการงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อค ผู้ศึกษาจึงสนใจและทำการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งจะทำให้ให้พยาบาลมีความรู้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางการวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย และเพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะช็อค ที่เหมาะสมผู้ป่วยแต่ละรายในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่าย

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อเพื่อศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 มีสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Lobar pneumonia มีภาวะติดเชื้อในกระโลหิตที่มีภาวะช็อกจากการเจ็บป่วยของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ คือโรคปอดอักเสบติดเชื้อนิวโมเนีย ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะ Sepsis ตั้งแต่แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมีอาการแสดงของภาวะ Septic shock ตั้งแต่ระยะแรกที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะติดเชื้อในกระโลหิตที่มีภาวะช็อกจากสาเหตุการเจ็บป่วยของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันออกไป

รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้การวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันจากปัจจัยภายในของผู้ป่วยเอง

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี (Case study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก ที่มาทำการการรักษาตัวในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองสรวง โดยเลือกผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยจากติดเชื้อในร่างกายในระบบที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เลือกจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจแล้วมีมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับภาวะช็อก ผู้ป่วยรายที่ 2 เลือกจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารแล้วมีภาวะแทรกซ้อนคือมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับมีภาวะช็อก เพื่อนำมาเปรียบเทียบกันว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีอาการนำและอาการแสดงที่ทำให้มาโรงพยาบาลต่างกันมีการวางแผนพยาบาลและการดูแลและเฝ้าระวังเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร แม้จะเป็นกลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกเหมือนกัน แต่รายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายย่อมส่งผลต่อการให้การพยาบาลที่แตกต่างกันไป และเพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการใช้กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติจากญาติและสอบถามข้อมูลจากบุคลากรโดยใช้แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[8] และเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE1552565

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าภาวะช็อกจากการติดเชื้อกระแสเลือดหากผู้ป่วยได้รับการประเมิน[9] อาการอย่างถูกต้อง จะนำมาสู่การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในทุกระยะของการรักษาตั้งแต่กระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วย การประเมิน การเฝ้าระวังติดตามอาการ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งบทบาทดังกล่าวนับว่าเป็นความท้าทายในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ และฝึกฝนทักษะในการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายสำคัญหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ระบบการไหลเวียนโลหิตกลับคืนสู่สภาวะปกติดังเดิม ลดความรุนแรงจากความทุพลภาพที่อาจเกิดขึ้น และผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติต่างๆต่อไป

ตารางที่ 1 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัย **Lobar pneumonia with Septic shock**	**การวินิจฉัย** **Acute Gastroenteritis with Septic shock**
ผู้ชายไทยอายุ 73 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล4 วัน มีไข้ ไอมีเสมหะ, 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจหอบ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเมืองสรวง ประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือมี COPD/BPH แรกรับ Good Conscious E4V5M6 pupil 2 mm RTLBE, T37.9 °C, PR 98 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที, BP92/51 mmHg, O2 saturation 96% แพทย์ให้การรักษาตามแนวทาง Sepsis 6 Bundle เปิดเส้นให้ 0.9% NSS 1,000 cc load IV ครั้งแรก 1,000 ml ใน 45 นาที วัดความดันโลหิตได้ 95/49 มิลลิเมตรปรอท ต่อมา load IV เพิ่มอีก 800 ml. ใน 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 100/51 ให้ Load IV เพิ่มอีก 1000 ml. ให้ Ceftriazone 2 gms. IV, ให้ O2 canular 3 L/min, ให้ Norepineprine 8 mg. + DW 500ml.IV drip 30ml/hr. ผล CXR infiltration, Crepitation both lung และส่งตรวจ Lab, DTX 120mg/dl Lab ที่ผิดปกติ คือ CBC มี WBC 19,330 cell/mm3, Hct 28%, Neutrophil. 92 cell/mm3, Cr.1.83, eGFR 32 mL/minute, BUN 31 mg%, Lactate2.5, ส่ง Admit ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยในแรกรับที่งานผู้ป่วยในผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีหายใจหอบ 24 ครั้ง/นาที, PR 90 ครั้ง/นาที BP 110/68 mm.hg. ให้ Norepineprine 8 mg. + DW 500ml.IV drip 30ml/hr. ต่อ on oxygen canular 3LPM. record IO, Monitor V/S ต่อ หลังจาก admit 1ชม. ปรับลด Norepineprine 8 mg. +DW 500ml.IV drip เป็น 25ml/hr. และค่อยๆปรับลดลงตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติได้รับการอธิบายถึงโรคข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ติดตามอาการทุก 1 - 2 ชั่วโมง ดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา Record I/O ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลกัน ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกหลังรับไว้	ผู้หญิงไทยอายุ 48 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชม.มีไข้ หนาวสั่นอาเจียน 5 ครั้ง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง จึงมา รพ. ประวัติโรคประจำตัว ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือมีโรค SLE แรกรับที่ ER รู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mmRTL BE, T37.7 °C, PR 102 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที , BP 94/55 mmHg ,O2 saturation 98% แพทย์ให้การรักษาตามแนวทาง Sepsis 6 Bundle เปิดเส้นให้ 0.9% NSS 1,000 cc load IV ครั้งแรก1,000 ml ใน 30 นาที หลังจากนั้นให้ต่อใน rate 100ml/นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 125/67,ให้ยาปฏิชีวนะ C.eftriazone 2 gms.IV, ให้ O2 canular 3 L/min, ส่งตรวจ Lab , DTX 94 mg/dl Lab ที่ผิดปกติ คือ CBC มี WBC 12,850 cell/mm3, Hct 34%, Neutrophil. 91cell/mm3, Potassium 3.29, Cr. 0.59, eGFR 94 mL/minute, BUN 10 mg%, Lactate 2.3, ได้รับการให้ E.KCL 30 ml. หลังจากนั้นส่ง admit ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน, แรกรับที่หอผู้ป่วยใน มีไข้ 38.9C PR=112 ครั้ง/นาที, BP110/76 O2 Sat 100% ให้ยาลดไข้และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด หลัง Admit 4 ชม. ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะความดันโลหิตต่ำ BP=98/60 mm.Hg. รายงานแพทย์และ Load IV 0.9%NSS 1,000 ml. ใน 30 นาที สวนปัสสาวะให้ผู้ป่วยเพื่อ record I/O หลังจากนั้นวัด BP ซ้ำได้ 92/51 mm.Hg. แพทย์จึงให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepineprine 4mg.+ DW 250ml.IV drip 30ml/hr. แต่พบว่ายังมีภาวะความดันโลหิตต่ำอยู่จึงเพิ่ม Norepineprine 4 mg. + DW 250 ml.IV drip ไปจนถึง 40ml/hr. ความดันโลหิตเริ่มคงที่ในเกณฑ์ปกติและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง Record I/O ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลกัน ใน 48 ชม.แรกหลัง Admit ผู้ป่วยยังมีอาการไข้สูง 38.2-39.4 C, ให้ยาปฏิชีวนะเป็น

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ดูแล 24 ชม. ผู้ป่วยมีอาการคงที่แพทย์ให้หยุดยา Norepinephrine แต่ยังต้องติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดต่อ ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมบนเตียงเองได้ O2 canular 3 L/min พ่นยาขยายหลอดลม Berodual NB ทุก 6 ชม. ภาวะไข้ เริ่มลดลง RR 20-24 ครั้ง/นาที PR 70-80 ครั้ง/นาที O2 saturation 97% และระดับความดันโลหิต BPเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ อยู่ระหว่าง100/60-150/90 mmHg ติดตามผล creatinine ลดลงเป็น1.3 mg/dL EGFR เพิ่มขึ้นจาก 32 เป็น44 ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น,การติดเชื้อปอดอักเสบนิวโมเนียให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 mg.IV OD ในวันแรก วันต่อมาเปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2gms.IV ทุก12 ชม. ส่งตรวจ Sputum exam ผลเป็นลบ 3 วัน ทำ EKG ผล Normal, วันที่ 3 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลอาการทั่วไปดีขึ้นไม่มีภาวะช็อคซ้ำ ไม่มีไข้หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เปลี่ยนเป็น HL, ยังพ่นยาขยายหลอดลม Berodual ทุก 6 ชม.ต่อ, ให้ยาปฏิชีวนะ ceftazidime 2 gms. IV ทุก 12 ชม. ต่อเนื่องจนครบหลังรับไว้ดูแล 4 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย RR 20 ครั้ง/นาที O2 saturation room air 97% หยุดให้ Cannula 3 ลิตรต่อนาที และวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล เพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบนิวโมเนียอีก จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน นัดมาตรวจตามนัด และหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์พบว่าอาการทั่วไปคงที่ดีไม่พบการ Re-admit ใน 28 วัน	Ceftriazone 2 mg.IV OD ร่วมกับ Metronidazone 500 mg. IVทุก 8 ชม. และวันที่ 2 ของการรักษาตัวใน รพ. ความดันโลหิตเริ่มอยู่ในภาวะคงที่ จึงเริ่มปรับลดยากระตุ้นความดันโลหิต Norepineprine 4 mg. +DW 250 ml. IV drip จาก 40 ml/hr. ตามลำดับลงมาจนถึง 10 ml/hr. จึงหยุดให้ยากระตุ้นความดันโลหิตได้ในวันที่ 3 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล และถอดสายสวนปัสสาวะ อาการทั่วไปดีขึ้นไม่มีภาวะช็อคซ้ำ ไม่มีไข้หยุดการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต และวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล เพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารอีก จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน นัดมาตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์พบว่าอาการทั่วไปคงที่ดีไม่พบการ Re-admit ใน 28 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา : การปฏิบัติตาม Sepsis guideline การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การปฏิบัติตาม Sepsis/ Septic shock guideline		
1.1 การซักประวัติอาการ SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป + Infection	1.1 มี SIR 3 ข้อ T37.9 ℃ , PR 98 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที, BP 92/51 mmHg, O2saturation 96%, WBC 19, 330 cell/mm3, มีHx. Infection ในระบบทางเดินหายใจ ไข้ ไอ หายใจหอบ ผล CXR infiltration ที่ปอด	1.1 มี SIR 3 ข้อ T37.7 ℃ , PR 102 ครั้ง/นาที , RR 22 ครั้ง/นาที, BP94/55mmHg, O2saturation 98%, WBC 12,850 cell/mm 3, มี Hx. Infection ในระบบทางเดินอาหาร ไข้ ถ่ายเหลวอาเจียน
1.2 การเจาะ H/C ใน 30 นาที หลัง Dx. Sepsis โรงพยาบาลเมืองสรวง ไม่สามารถตรวจ H/C ได้ แต่สามารถทำการตรวจ Blood lactate	Blood lactate 2.5	Blood lactate 2.3
1.3 การให้ ATB ใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis	ให้ Ceftriazone 2gms.IV ภายใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis	ให้ Ceftriazone 2gms.IV ภายใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis
1.4 การให้ 0.9% NSS IV load หรือ LRS อัตราเร็ว 500-1,000 ml ในเวลา 15 – 60 นาที (อย่างน้อย 30 ml/Kg. ภายใน 1-3 ชม.) แล้วแต่สภาพของผู้ป่วย และ โรคทางระบบหัวใจหรือ ไหลเวียนเลือดที่มีอยู่เดิม	เปิดเส้นให้ 0.9% NSS 1,000 cc load IV ครั้งแรก1,000 ml ใน 45 นาที วัดความดันโลหิต ได้ 92/49 มิลลิเมตรปรอท ต่อมา load IV เพิ่มอีก 800 ml. ใน 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 100/51 ให้ Load IV เพิ่มอีก 1000 ml. และให้ต่อใน rate 100 ml./hr.	เปิดเส้นให้ 0.9% NSS 1,000 cc load IV ครั้งแรก1,000 ml ใน30 นาที หลังจากนั้นให้ต่อใน rate 100ml/นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 125/67 หลัง admit IPD 4 ชม. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำจึง load IV ครั้งที่ 2 1,000 ml
1.5 การให้ Vasopressor Therapy	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิตเป็น Norepineprine 8mg.+DW 500 ml. IV drip 30ml/hr. ตั้งแต่แรกรับที่ ER ก่อนส่งเข้า IPD	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิตเป็น Norepineprine4mg.+DW 250 ml.IV drip 30ml/hr. หลังAdmit IPD 4 ชม.

ตารางที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT)		
2.1 การได้รับ ATB	ให้ Ceftriazone 2gms.IV ภายใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis และให้ต่อเนื่องทุก 24 ชม. หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นให้ Ceftazidine 2 gm IV ๘ 8 ชั่วโมง ในวันที่ 2 ของการรักษาตัวใน รพ.	ให้ Ceftriazone 2gms.IV ภายใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis และให้ต่อเนื่องทุก 24 ชม. ร่วมกับให้ Metronidazone 500 mg. IVทุก 8 ชม.
2.2 BP ≥ 90/60 mmHg หรือ MAP ≥ 65mmHg	BP 92/51 mmHg หรือ MAP 60 mmHg.	BP 94/55 mmHg หรือ MAP 60 mmHg.
2.3 CVP อยู่ระหว่าง 8-12 cmH2O	ไม่ได้ใส่สาย Central line	ไม่ได้ใส่สาย Central line
2.4 O2 Saturation ≥ 95%	O2 Saturation 97 % On O2 canular 3 L/min ใน 2 วันแรกหลังจากนั้น O2 Saturation 97% Room air	O2 Saturation 98-100 % Room air
2.5 Urine > 0.5 ml/kg/hr	I/O สมดุล ปัสสาวะออกมากกว่า 30ml./hr	Retained Foley's cath.I/O สมดุล ปัสสาวะออกมากกว่า30ml./hr.
การดูแลที่หน่วยงานผู้ป่วยใน	หลังรับไว้ใน 24 ชั่วโมงแรกของการดูแล รู้สึกตัวดีมีการติดตามภาวะช็อกอย่างใกล้ชิด ให้ยาNorepineprine 8mg.+DW 500 ml.IV drip 30ml/hr.ต่อและค่อยๆ ปรับลด Norepineprine 8mg.+ DW 500ml.IV drip เป็น25ml/hr. และค่อยๆปรับลดลงตามลำดับ on oxygen canular 3LPM. record IO, Monitor V/S ต่อ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติได้รับการอธิบายถึงโรคข้อมูลการเจ็บป่วย	รู้สึกตัวดีมีการติดตามภาวะช็อกอย่างใกล้ชิดหลัง admit 4 ชม.ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะความดันโลหิตต่ำ BP=98/60mm. Hg. รายงานแพทย์และ Load IV 0.9%NSS 1,000 ml. ใน 30นาที สวนปัสสาวะให้ผู้ป่วยเพื่อ record I/O หลังจากนั้นวัด BP ซ้ำได้ 92/51 mm.Hg. แพทย์จึงให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepineprine 4mg.+DW 250ml. IV drip 30ml/hr. แต่พบว่ายังมีภาวะความดันโลหิตต่ำอยู่จึงเพิ่ม Norepineprine 4mg.

ตารางที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	และแผนการรักษา ติดตามอาการทุก 1 - 2 ชั่วโมง ดูแลการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา Record I/O ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลกัน ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกหลังรับไว้ดูแล 24 ชม. ผู้ป่วยมีอาการคงที่แพทย์ให้หยุดยา Norepinephrine แต่ยังต้องติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดต่อ ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมบนเตียงเองได้ O2 canular 3 L/min พ่นยาขยายหลอดลม Berodual NB ทุก 6 ชม. ภาวะไข้ เริ่มลดลง RR 20-24 ครั้ง/นาที PR 70-80 ครั้ง/นาที O2 saturation 97% และระดับ ความดันโลหิต BPเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ อยู่ระหว่าง 100/60-150/90 mmHg ติดตามผล creatinine ลดลงเป็น1.3 mg/dL EGFR เพิ่มขึ้นจาก 32 เป็น 53 ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น, การติดเชื้อปอดอักเสบนิวโมเนียให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 mg.IV OD ในวันแรก วันต่อมาเปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2 gms. IV ทุก12 ชม. จนครบหลังรับไว้ดูแล 4 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย RR 20 ครั้ง/นาที O2saturation room air 97%	+DW 250ml.IV drip ไปจนถึง 40ml/hr. ความดันโลหิตเริ่มคงที่ในเกณฑ์ปกติ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง Record I/O ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุลกัน ใน 48ชม.แรกหลัง admit ผู้ป่วยยังมีอาการไข้สูง 38.2-39.4 C, ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriazone 2mg.IV OD ร่วมกับ Metronidazone 500 mg. IVทุก 8 ชม. และวันที่ 2 ของการรักษาตัวใน รพ. ความดันโลหิตเริ่มอยู่ในภาวะคงที่จึงเริ่มปรับลดยากระตุ้นความดันโลหิต Norepineprine 4 mg. +DW 250 ml. IV drip จาก 40 ml/hr. ตามลำดับลงมาจนถึง 10 ml/hr. จึงหยุดให้ยากระตุ้นความดันโลหิตได้ในวันที่ 3 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล และถอดสายสวนปัสสาวะ อาการทั่วไปดีขึ้นไม่มีภาวะช็อคซ้ำ ไม่มีไข้หยุดการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต และวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติคลายกังวล เพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารอีก จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	หยุดให้ Cannula 3 ลิตรต่อนาที และวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล เพื่อไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบนิวโมเนียอีก จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน นัดมาตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ พบว่าอาการทั่วไปคงที่ดีไม่พบการ Re-admit ใน 28 วัน	นัดมาตรวจตามนัดและหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์พบว่าอาการทั่วไปคงที่ดี ไม่พบการ Re-admit ใน 28 วัน

ตารางที่ 3 วิเคราะห์การปฏิบัติตาม Sepsis guideline / การรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชม.แรก (EGDT) และการพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผู้ป่วยมี BP แรกรับ 92/49 mmHg จึงได้รับการ Load IV fluid 2800 cc. ใน 3 ชม.แรก ซึ่งครบตาม Guideline และพบว่าใน 6 ชั่วโมงแรก ไม่บรรลุ EGDT กล่าวคือเป้าใน 6 ชม.แรก BP 95/49 mmHg O2 saturation97% ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย Post bundles monitoring พยาบาลจะติดตามค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) มากกว่า 65 mmHg และ/ หรือค่าความดันโลหิต มากกว่า 90/60 mmHg และพบว่ามีการติดตามการใช้ค่า MAP ในการติดตามค่าความดันโลหิตร่วมกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ 73 ปี เข้ารับบริการล่าช้าซึ่งมีอาการก่อนมา 4 วัน และมีประวัติเป็นโรคปอด COPD และมีภาวะโลหิตจางด้วย ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยมี BP แรกรับ 94/55 mmHg จึงได้รับการ Load IV fluid 0.9%NSS 1000 cc. และให้ IV ต่อใน rate 100 ml./hr ซึ่งครบตาม Guideline และพบว่าใน 6 ชั่วโมงแรก ไม่บรรลุ EGDT กล่าวคือเป้าใน 6 ชม. เนื่องจากหลัง Admit 4 ชม.ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ 98/60mm.Hg. จึง Load IV fluid 0.9%NSS 1000 cc. และให้ยากระตุ้นความดันโลหิตPost bundles monitoring พยาบาลจะติดตามค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) มากกว่า 65 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิต มากกว่า 90/60 mmHg และพบว่ามีการติดตามการใช้ค่า MAP ในการติดตามค่าความดันโลหิตผู้ป่วยและมีประวัติเป็นโรค SLE ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนจึงทำให้

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
จึงทำให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย Progress ไปจนถึงภาวะ Septic shock นานทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (BP 92/51 mmHg) แพทย์พิจารณา Admit ที่งานผู้ป่วยใน สร้างความเข้าใจและร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพงานผู้ป่วยในใช้เครื่องมือแบบประเมิน News score ในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยรายนี้สามารถช่วยให้พ้นภาวะวิกฤตได้ทัน ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำ (Fluid resuscitation) จนเพียงพอได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชม.หลังจากการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Sepsis ให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียน ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที และความดันโลหิต เพียงพอจนปลอดภัยจากภาวะช็อกพ้นจากภาวะการติดเชื้อได้เป็นอย่างดีและเข้ากับแนวทางการดูแลผู้ป่วย SEPSIS ของจังหวัดร้อยเอ็ด	ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย Progress ไปจนถึงภาวะ Septic shock ทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบไหลเวียน (BP 95/44 mmHg) แพทย์พิจารณา admit ที่งานผู้ป่วยใน สร้างความเข้าใจและร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพงานผู้ป่วยในใช้เครื่องมือแบบประเมิน News score ในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยรายนี้สามารถช่วยให้พ้นภาวะวิกฤตได้ทัน ได้รับการรักษาด้วยสารนำ (Fluid resuscitation) จนเพียงพอได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชม.หลังจากการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Sepsis ให้ปริมาณ เลือดที่ไหลเวียน ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที และ ความดันโลหิต เพียงพอจนปลอดภัยจากภาวะช็อกพ้นจากภาวะการติดเชื้อได้เป็นอย่างดีและเข้ากับแนวทางการ ดูแลผู้ป่วย SEPSIS ของจังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สำหรับ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต[10] โดยพิจารณาจากข้อมูลสนับสนุน คือ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะความดันโลหิตต่ำ คะแนน SIRS 3 คะแนน ผลการตรวจ Blood lactate มากกว่า 2.2 (ค่าปกติ Blood lactate ของ รพ.เมืองสรวง 0.5-2.2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า WBC >12,000 Neutrophils >70 เป้าหมายของการดูแลรักษาคือ ผู้ป่วยมีค่า BP≥ 90/60 mmHg หรือ MAP ≥ 65 mmHg HR 60 - 100 bpm. BT < 37.3°C ปัสสาวะออกประมาณ 30 ml/hr. เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น และปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลต้องเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว รวมถึงอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดตัวลงจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำทันทีภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Sepsis ให้ สารน้ำ 0.9%NSS ให้เพียงพอเพื่อเพิ่มปริมาณไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ ๆ โดยเฉพาะระบบไต ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine

2. เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน[11] เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะปอดอักเสบ (ผู้ป่วยรายที่ 1) โดยพิจารณาจากข้อมูลสนับสนุน คือ ผู้ป่วยหายใจเร็ว RR 22-26 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Lobar pneumonia ผลรังสีเอกซเรย์ปอดมี Infiltration และฟังเสียงปอดได้ยิน Crepitation both lung เป้าหมายของการดูแลรักษา คือ ผู้ป่วยหายใจปกติ หายใจ RR 18 - 24 ครั้ง/นาที SpO2 ≥ 96% เพื่อให้แลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพียงพอ พยาบาลต้องเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะรูปแบบการหายใจ ให้การบำบัดออกซิเจน เช่น O2 cannula 3 - 5 LPM หากผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย หากไม่มีข้อห้ามหรือมีการไหลเวียนเลือดคงที่แล้ว (hemodynamic stable) กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะออก เพื่อป้องกันเสมหะอุดกลั้นทางเดินหายใจ

3. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (ผู้ป่วย

รายที่ 2) โดยพิจารณาจากข้อมูลสนับสนุน คือ อาเจียน 5 ครั้งถ่ายเหลว 1 ครั้ง, Potassium 3.29 วัตถุประสงค์ของการพยาบาลเพื่อรักษาสภาวะสมดุลของเกลือแร่ของร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้ KCL Elixir 30 mm. รับประทาน 1 ครั้ง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหาร Soft diet ที่เพียงพอ

4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะไข้ โดยพิจารณาจากข้อมูลสนับสนุน คือ ผู้ป่วยตัวร้อนเหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกาย (BT)มากกว่า 37.7C เป้าหมายของการดูแลรักษา คือ ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไข้ลดลง BT < 37.5°C เพื่อให้ส่งเสริมความสุขสบายแม้ว่าอยู่ในภาวะฉุกเฉิน และช่วยให้ลดการใช้พลังงานของร่างกายจากภาวะไข้ พยาบาลต้องเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เช็ดตัวเพื่อลดไข้ (Sponge) แต่หากมีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ แนะนำให้ประคบเย็น (Cold pack) หรือให้ยา Paracetamol (500 mg) 1 เม็ด เพื่อลดไข้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสุขสบายสามารถพักผ่อนได้ ผลการประเมินจากการดูแลรักษาพบว่าผู้ป่วยพักหลับได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไข้เริ่มลดลงหลังรักษาตัวในโรงพยาบาลวันที่ 2

5. ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตและอันตรายต่อชีวิต โดยพิจารณาจากข้อมูลสนับสนุน คือ ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แพทย์คุยกับญาติผู้ป่วย มีสีหน้าตกใจ กังวล และขอเวลาเพื่อตัดสินใจแนวทางการรักษา เป้าหมายของการดูแลรักษา คือ ญาติทราบอาการของผู้ป่วย ยอมรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และร่วมมือในการตัดสินใจในแผนการรักษา และผ่อนคลายความวิตกกังวล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและยอมรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ ให้เข้าเยี่ยมได้หากไม่มีข้อห้าม ซักถามความต้องการของญาติเพื่อตอบสนองความต้องการเท่าที่พยาบาลสามารถให้ได้ ผลการประเมินจากการดูแลรักษา พบว่าญาติพูดคุยปกติมีสีหน้าคลายกังวล ภายหลังแจ้งอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และร่วมมือในแผนการรักษาต่อ โดยอนุญาตให้เข้าพักรักษาตัวต่อในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเมืองสรวงต่อไป

วิจารณ์

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดย เฉพาะเพศ อาชีพ โรคประจำตัว ในรายที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 73 ปี เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อมีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจึงให้มีปัญหาการติดเชื้อรุนแรงที่ปอดได้ และผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยมา 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลจึงทำให้มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รุนแรงและต้องเฝ้าระวังการทำงานของระบบทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 46 ปีมีโรคประจำตัวคือ โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE) คือ ภาวะที่ระบบภูมิคุ้มกันทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะของตนเอง (โรคภูมิต้านตนเอง) สามารถส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น ข้อต่อ ผิวหนัง ไต เซลล์เม็ดเลือด สมอง หัวใจและปอดได้ จึงทำให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อในร่างกายเกิดขึ้นอาการแสดงจึงมักจะรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับมีภาวะช็อค เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วย Sepsis shock ที่ไม่บรรลุเป้าหมายของการดูแลรักษาใน 6 ชม.แรก ทำให้มีภาวะ Septic shock เกิดความล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ ทั้งนี้อาจเกิดจากแผนการรักษาที่พยาบาลไม่เป็นไปตาม Sepsis guideline หรือจากปัจจัยของตัวผู้ป่วยเองร่วมกับ Competency ของพยาบาลในการประเมิน ติดตามและเฝ้าระวัง จึงควรเน้นการตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลที่สอดคล้องกับรักษาแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะช่วยรักษาอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ การพยาบาลผู้ป่วยที่ช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตนั้นถือเป็นความท้าท้ายของพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ในหอผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลและให้การพยาบาลตลอดระยะเวลาในการรักษาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องต้องสามารถประเมิน

เฝ้าระวังและแก้ไขอาการในภาวะวิกฤติรวมถึงการดูแลอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 รายแม้จะไม่บรรลุเป้าหมายในการรักษา 6 ชม.แรก แต่เมื่อได้รับการรักษาด้วยการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะ เมื่อได้รักษาและได้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พ้นจากภาวะวิกฤตได้และสามารถรักษาหายจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้และไม่มีการ Re-admit ใน 28 วัน

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้นั้น พยาบาลต้องมีความเข้าใจหลักการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อประเมินคัดกรอง วินิจฉัยและจัดการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเลือดทันที หากสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องย่อมเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนี้

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง ดูแลรักษา การพยาบาลตาม CPG, CNPG Sepsis/Septic shock การใช้ Mews Score แก่บุคลากร การฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการให้แก่บุคลากรอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

2. ควรมีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกเดือนในรูปแบบคณะกรรมการ PCT เพื่อนำปัญหาที่ได้มาพัฒนาร่วมกันเมื่อมีผู้ป่วย Septic shock เข้ารับการรักษา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ป่วยได้รับการแลอย่างเหมาะสมและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bauer M, Gerlach H, Vogelmann T, Preissing F, Stiefel J, Adam D. Mortality in sepsis and septic shock in Europe, North America and Australia between 2009 and 2019 - results from a systematic review and meta-analysis. Critical Care. 2020;24(1):239.
2. Bureau of Policy and Strategy. Ministry of Public Health. Public health statistics B.E. 2022. Bangkok: The war veterans affairs office printing; 2023.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th.
4. ทิฏฐิ ศรีวิสัย, วิมลอ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2560;9(2):152-62.
5. เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์, กรองกาญจน์ สังกาศ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. ผลของกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ Sepsis. Nursing Science Journal of Thailand. 2554;29(2):102-10.
6. ทัศนี รอดภัย. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2566;4(1):56-67.
7. เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์, กรองกาญจน์ สังกาศ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. ผลของ กิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการSepsis. Nursing Science Journal of Thailand. 2554;29(2):102-10.

8. รัชนก คชไกร, เวหา เกษมสุข. การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรซ; 2562.
9. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(1):319-30.
10. นฤมล ฮามพิทักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(3):79-87.
11. แสงสม เพิ่มพูน. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย 9 - 10 กรกฎาคม 2563. 2563:1071-81.

การพัฒนาระบบการใช้นามบัตร QR Code เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

Developing QR Code card system to promote access to antiretroviral drugs HIV-infected patients in Pathumrat Hospital

จิราพร พรหมโคตร*

Jiraporn Promkod

Corresponding author: E-mail: Jiph.uniswap@gmail.com

(Received: August 18, 2024; Revised: August 26, 2024; Accepted: September 26, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบการใช้นามบัตร QR Code ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้นามบัตร QR Code ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ตัวอย่างเป็นกลุ่มติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในเขตโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จำนวน 50 คน ระยะเวลาดำเนินการ 24 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบและแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา และเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ด้านความรู้ด้านยาต้านไวรัสโดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น %95 Confidence interval

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 31 คน (62.00%) ช่วงอายุ 50-59 ปี 22 คน (44.00%) สถานภาพโสด 22 คน (44.00%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 26 คน (52.00%) คน ได้ต่อเดือนไม่มีคนได้ 22 คน (44.00%) สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 42 คน (84.00%) โทรศัพท์มือถือระบบปฏิบัติการแอนดรอย์ 43 คน (86.00%) และมีระยะเวลากินยาต้านไวรัสมากกว่า 10 ปี 20 คน (40.00%) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยหลังการทดลอง 12.59±1.55 คะแนน มากกว่าคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนการทดลอง 10.18±2.63 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจหลังใช้นามบัตร QR Code พบว่ามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน คือด้านลักษณะของนามบัตร QR Code มีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.20±0.84 คะแนน ด้านความสะดวกในการใช้นามบัตร QR Code มีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.35±0.70 คะแนน และด้านประโยชน์ที่ได้รับหลังใช้นามบัตร QR Code มีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.39±0.73 คะแนน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าคะแนนรวมเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอยู่ที่ 2.41 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยครั้งนี้ได้ประเมินความพึงพอใจหลังใช้นามบัตร QR Code พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 4.31±0.76 คะแนน จัดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: การพัฒนา; ระบบ; ยาต้านไวรัส; เอชไอวี

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

Abstract

Purposes : To develop the system of a QR Code card for promote access to antiretroviral drugs for HIV-infected patients and to assess the satisfaction of using QR Code card among HIV-infected patients.

Study design : This research is a quasi-experimental study.

Materials and Methods : The sample consisted of 50 HIV-infected people living in Pathumrat Hospital. The study period was 24 weeks. Data were collected using tests and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and the difference in mean scores of the outcome variable of knowledge of antiretroviral drugs was compared using Paired Samples t-test statistics at a 95% confidence interval.

Main findings : The sample group of 50 people, mostly of the male 31 people (62.00%), aged 50-59 years 22 people (44.00%), single 22 people (44.00%), graduated from secondary school 26 people (52.00%), received monthly not income 22 people (44.00%), had the right to medical treatment as the national health insurance 42 people (84.00%), had Android mobile phone 43 people (86.00%), and had been taking antiretroviral drugs for more than 10 years 20 people (40.00%). The results of the research found that the average total score after the experiment was 12.59±1.55 points, which was significantly higher than the average total score before the experiment of 10.18±2.63 points. As for the satisfaction assessment after using the QR Code card, it was found that there was a high level of satisfaction in all 3 aspects: the appearance of the QR Code card had an average total score of 4.20±0.84 points; the convenience of using the QR Code card had an average total score of 4.35±0.70 points; and the benefits received after using the QR Code card had an average total score of 4.39±0.73 points.

Conclusion and recommendations : The results of this study indicated that the average total score after the experiment was significantly higher than before the experiment by 2.41 points. This research assessed the satisfaction after using the QR Code card and found that the majority of the sample group had a high level of satisfaction in all three dimensions, with a total score of 4.31±0.76 points, which is considered very satisfied.

Keyword: Development; System; Antiretroviral; HIV

*Pharmacist, Pathumrat Hospital.

บทนำ

จากสถานการณ์โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมที่ยังมีชีวิต 560,000 คน ได้รับยาต้านไวรัส 457,133 คน ส่วนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 11,000 คนและมีผู้ติดเชื้อคนใหม่ 9,200 คน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2564 มีผู้ติดเชื้อคนใหม่เพิ่มมากขึ้นและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[1] ซึ่งแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาโรคเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 มี 3 เป้าหมายหลัก ลดการติดเชื้อเอชไอวีคนใหม่ให้น้อยกว่า 1,000 คน ลดการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ให้น้อยกว่า 4,000 คน และลดการรังเกียจการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอดส์และเพศภาวะลดลงร้อยละ 90 และมี 6 ยุทธศาสตร์ 17 ผลลัพธ์ ซึ่งผู้วิจัยจะเน้นยุทธศาสตร์ที่ 3 เรื่องการพัฒนาและเร่งรัดการรักษาดูแลรักษาต้องมีผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน 95-95-95 เปอร์เซ็นต์[2] ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ภาพรวมระดับประเทศ พบว่าผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่และรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง 119% โดยผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 83% ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสและกดเชื้อไวรัสได้สำเร็จ 74%[3] ส่วนระดับเขต 7 พบว่าผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่และรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง 119% ส่วนผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 80% และผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสและกดเชื้อไวรัสสำเร็จ 75%[4] ส่วนภาพรวมในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่และรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง 113% ส่วนผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 84% และผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสและกดเชื้อไวรัสสำเร็จ 74%[5] สุดท้ายเป็นภาพรวมโรงพยาบาลปทุมรัตต์พบว่า ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 94% โดยผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสและกดเชื้อไวรัสได้สำเร็จ 90%[6] จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลปทุมรัตต์ยังดำเนินงานไม่ถึงเป้าหมาย 95% ในทั้ง 2 ด้าน สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางไปทำงานที่ต่างจังหวัด มาไม่ตรงนัดทำให้ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการเข้าถึงข้อมูลยาต้านไวรัสจึงจัดทำนามบัตร QR Code ขึ้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้ที่ทำงานโดยใช้นามบัตรเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องและตระหนักถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและกดเชื้อไวรัสได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการใช้นามบัตร QR Code ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้นามบัตร QR Code ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test เป็นตัวกำหนดระดับนัยสำคัญที่ค่า $p < .05$ โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

ขอบเขตการวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

ประชากร (Population) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในคลินิกเอดส์จำนวน 140 คน โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ การศึกษานี้เปรียบเทียบความแตกต่างกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คือ โปรแกรม G* power จะได้ Total sample size 44 คน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Sampling random) จากระบบคอมพิวเตอร์ www.random.org โดย Generate ทั้งหมด 50 ครั้งจะได้ตัวเลขจากผล Result มาทั้งหมด 50 ตัวเลขและนำไปใช้ในการวิจัย

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดคนเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิกเอดส์ของโรงพยาบาลปทุมรัตต์
2. อายุระหว่าง 18–70 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์คัดคนออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด

2. ผู้ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ เช่น คนต่างชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

2. แบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัส ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนนตอบถูก ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 0 – 5 คะแนน แปลความหมาย ความรู้ระดับน้อย

ช่วงคะแนนตอบถูก ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 6 – 10 คะแนน แปลความหมาย ความรู้ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนตอบถูก ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 11 – 15 คะแนน แปลความหมาย ความรู้ระดับมาก

3. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นามบัตร QR Code โดยภายในแบบประเมินได้จัดเนื้อหาของแบบประเมินให้ครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลประชากรศาสตร์ทั่วไปของผู้ใช้ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุการศึกษา อาชีพ คนได้สถานภาพสมรส และระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส

ตอนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นามบัตร QR Code กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง คำถามภายในแบบประเมินเป็นคำถามปลายปิด (Close-end question)

ลักษณะแบบสอบถามเป็นไปตามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ระดับ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยโดยกำหนดขอบเขตของค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ช่วงคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ช่วงคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Face and Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คืออาจารย์เภสัชกร ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านเภสัชกรรมคลินิก จำนวน 3 ท่าน โดยใช้เครื่องมือ Index of item-object congruence (IOC) ดัชนีความสอดคล้องซึ่งแบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ 1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสและการใช้นามบัตร QR Code หลังจากนั้นนำไปหาคุณภาพของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับองค์ประกอบของทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และด้านการใช้ภาษาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และ 2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นามบัตร QR Code ใช้มาตราส่วนการประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ หลังจากนั้นนำไปหาคุณภาพของแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับองค์ประกอบ

ของทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและด้านการใช้ภาษา พบว่าข้อคำถามมีค่า IOC ≥ 0.50 ทุกข้อ ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องเชิงเนื้อหาสามารถนำแบบทดสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ และคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถามใช้สูตร Index of item-object congruence (IOC) IOC = ∑R/N ซึ่ง IOC ≥ 0.50 หมายความว่า เป็นค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้จากการวัดค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นามบัตร QR code ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีคำถามทุกข้อได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 หมายความว่าแบบประเมินนี้มี Content validity ถูกต้องสมบูรณ์ สรุปว่าแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสในการใช้นามบัตร QR Code และแบบประเมินความ พึงพอใจของผู้ใช้นามบัตร QR code นั้นมี Content validity ถูกต้องสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1. เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกจากคลินิกเอดส์ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดจำนวน 50 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการใช้นามบัตรและความรู้เรื่องยาต้านไวรัส[7] จำนวน 50 ชุด โดยผู้วิจัยจะให้ทำแบบทดสอบก่อนให้ความรู้ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายปิด (Close-end question) จำนวน 15 ข้อ และแบบทดสอบหลังให้ความรู้จำนวน 15 ข้อ 2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นามบัตร QR code เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ในการใช้ยาต้านไวรัส จำนวน 50 ชุด ทำการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนลงในแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งคำถามภายในแบบประเมินเป็นคำถามปลายปิด (Close-end question) จำนวน 10 ข้อ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และทำการบันทึก ข้อมูลเป็นที่เรียบร้อย จึงนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณเพื่อวิเคราะห์ผลการศึกษา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับการวิจัย SPSS for Windows เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลที่รวบรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ตัวแปร Nominal และ Ordinal scale แสดงผลด้วยตารางความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปร Ratio scale แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน Pre-test และ Post-test ของผู้ใช้นามบัตร QR Code โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0972566 วันที่ให้การรับรอง 18 กันยายน 2566 และกลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อในแบบยินยอมหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย เมื่อเริ่มศึกษาได้แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย อธิบายถึงขั้นตอนในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การตอบแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ข้อมูลของยาต้านไวรัสแต่ละชนิด อาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยสามารถนำนามบัตร QR code ไปใช้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ ซึ่งนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยมิต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 31 คน (62.00%) มีอายุอยู่ในช่วง 59-50 ปี (44.00%) มีสถานภาพโสด (44.00%) มีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา (52.00%) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (44.00%) สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (84.00%) ระบบปฏิบัติการโทรศัพท์มือถือใช้ระบบแอนดรอย์ (86.00%) ระยะเวลาการกินยาต้านไวรัสมานานมากกว่า 10 ปี (40.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	31(62.00)
	หญิง	19(38.00)
อายุ (ปี)	20-29	6(12.00)
	30-39	6(12.00)
	40-49	13(26.00)
	50-59	22(44.00)
	>59	3(6.00)
สถานภาพ	คู่	14(28.00)
	โสด	22(44.00)
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14(28.00)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	21(42.00)
	มัธยมศึกษา	26(52.00)
	ปริญญาตรี	3(6.00)
	สูงกว่าปริญญาตรี	0(0.00)
รายได้/เดือนของครอบครัว(บาท)	ไม่มีรายได้	22(44.00)
	<5,000	21(42.00)
	5,001-10,000	3(6.00)
	10,001-20,000	2(4.00)
	20,001-30,000	1(2.00)
	>30,001 ขึ้นไป	1(2.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ร้อยละ)
สิทธิในการรักษาพยาบาล	สิทธิหลักประกันสุขภาพ	42(84.00)
	สิทธิประกันสังคม	4(8.00)
	สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	3(6.00)
	อื่นๆ	1(2.00)
ระบบปฏิบัติการโทรศัพท์มือถือ	ระบบไอโอเอส (IOS)	6(12.00)
	ระบบแอนดรอยด์ (Android)	43(86.00)
	อื่นๆ	1(2.00)
ระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส	น้อยกว่า 1 ปี	3(6.00)
	1-5 ปี	10(20.00)
	5-10 ปี	17(34.00)
	มากกว่า 10 ปี	20(40.00)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนแบบทดสอบก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 และคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนก่อนการทดลองแสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจในการใช้นามบัตร QR Code เพิ่มสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบทดสอบก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

แบบทดสอบ	Mean±SD.	t	p
ก่อนการทดลอง	10.182.63	-6.491	<.001*
หลังการทดลอง	12.591.55		

*Paired Samples t-test

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจในการใช้นามบัตร QR Code พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการใช้นามบัตร QR Code อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทั้ง 3 ด้านด้วยกันคือ 1. ลักษณะของนามบัตร QR Code มีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.20±0.84 คะแนน 2. ด้านความสะดวกในการใช้งานของนามบัตร QR Code มีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.35±0.70 คะแนน และ 3. ด้านประโยชน์ที่ได้รับหลังจากใช้นามบัตร QR Code มีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.39±0.73 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 4.31±0.76 คะแนน ระดับความพึงพอใจอยู่ที่พึงพอใจมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินระดับความพึงพอใจในการใช้นามบัตร QR Code (n=50)

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (เต็ม 5 คะแนน)						
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1	Mean±SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ลักษณะของนามบัตร QR Code							
1.1 ขนาด QR Code มีความเหมาะสม	23	18	8	0	1	4.24±0.87	มาก
1.2 ขนาด QR Code มีความคม ชัด	17	27	5	0	1	4.18±0.77	มาก
1.3 นามบัตร QR Code มีความสวยงาม น่าใช้	21	19	9	0	1	4.18±0.87	มาก
คะแนนรวมเฉลี่ย						**4.20±0.84**	
2. ความสะดวกในการใช้งาน							
2.1 วิธีในการสแกน QR Code ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	20	23	7	0	0	4.26±0.69	มาก
2.2 ใช้โทรศัพท์มือถือสแกนดูข้อมูลยาต้านไวรัสได้อย่างสะดวก	25	22	3	0	0	4.44±0.61	มาก
2.3 นามบัตร QR Code สามารถสแกนได้ง่ายและรวดเร็ว	22	26	1	0	1	4.36±0.72	มาก
2.4 ผู้ป่วยสามารถสแกนผ่านแอปพลิเคชัน Line ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย	22	24	3	0	1	4.32±0.77	มาก
คะแนนรวมเฉลี่ย						**4.35±0.70**	
3.ด้านประโยชน์ที่ได้รับ							
3.1 นามบัตร QR Code สามารถเข้าถึงข้อมูล ยาได้เร็วกว่าค้นหาในหนังสือ	23	25	1	1	0	4.40±0.64	มาก
3.2 นามบัตร QR Code สามารถเข้าถึงข้อมูลยาได้สะดวก รวดเร็วมากกว่าค้นหาในอินเตอร์เน็ต	23	22	3	1	1	4.30±0.84	มาก
3.3 นามบัตร QR Code สามารถเข้าถึงข้อมูลยาได้ทุกที่ ทุกเวลา	27	22	0	0	1	4.48±0.71	มาก
คะแนนรวมเฉลี่ย						**4.39±0.73**	
คะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด						**4.31±0.76**	

วิจารณ์

จากการศึกษาพัฒนาระบบการใช้นามบัตร QR Code ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 50 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 31 คน (62.00%) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี 22 คน (44.00%) มีสถานภาพโสด 22 คน (44.00%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 26 คน (52.00%) มีรายได้ต่อเดือนเป็นบุคคลไม่มีคนได้ 22 คน (44.00%) ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 42 คน (84.00%) ใช้โทรศัพท์มือถือระบบปฏิบัติการแอนดรอย์ 43 คน (86.00%) และมีระยะเวลาการกินยาต้านไวรัสนานมากกว่า 10 ปี 20 คน (40.00%) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการได้รับความรู้ด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนหลังได้รับความรู้มากกว่าก่อนได้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.001 สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบญจพร วีระพล และสุทธิดา ลิ่มกองลาภ[8] การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม QR Code เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ในการใช้ยากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีฉลากยาเสริมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ได้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับความรู้จากโปรแกรม QR Code กับคะแนนเฉลี่ยหลังได้ความรู้จากโปรแกรม QR Code พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้ความรู้จากโปรแกรม QR Code มากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับความรู้จากโปรแกรม QR Code อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม QR Code สามารถให้ความรู้เรื่องยาแก่กลุ่มตัวอย่างได้จริง และเมื่อวิเคราะห์ผลแยกแต่ละข้อคำถาม พบว่าโปรแกรม QR Code สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในชื่อสามัญทางยา ความแรงของยา ข้อควรปฏิบัติระหว่างใช้ยา และวิธีการเก็บรักษายาได้และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกุลธิดา ขันทอง[9] ศึกษาการใช้ QR Code จัดการเรียนรู้ด้วยกระบวนการสืบเสาะหาความรู้แบบ 5E เรื่องรู้เท่าทันสังคมออนไลน์โดยเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการใช้ QR Code กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 27 คน พบว่ามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ได้ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นามบัตร QR Code พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้านทั้งด้านลักษณะของนามบัตร QR Code ด้านความสะดวกในการใช้งานของนามบัตร QR Code และด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้นามบัตร QR Code ซึ่งคะแนนรวมเฉลี่ย 4.31±0.76 คะแนน จัดอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการยอมรับในการใช้นามบัตร QR Code เป็นสื่อที่ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยอีกช่องทางหนึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกัตตกมล พิศแลงาม[10] ผลการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีรหัส QR Code สำหรับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาภาษาการสื่อสารและเทศโนโลยีสารสนเทศของหมวดวิชาศึกษาทั่วไปได้ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เทคโนโลยีรหัส QR Code โดยภาพรวมพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของปภาดา งามกิจปราโมทย์ และคณะ[11]การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลยาฉีดที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพด้วย QR Code ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้ประเมินความพึงพอใจต่อ QR Code ในแต่ละประเด็นที่ประเมินมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 4 (จากคะแนนเต็ม 5) ความพึงพอใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.370.11± ซึ่ง QR Code ที่พัฒนาขึ้นมาช่วยเข้าถึงข้อมูลยาฉีดที่มีความเสี่ยงสูงได้เร็วกว่าการเปิดคู่มือและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและสอดคล้องกับผลการศึกษาของชมรมพร ศรีนวล และคณะ[12] พัฒนาฉลากยาจากเอกสารเป็น Audio QR Code ติดที่หน้ากล่องยาฉุกเฉินใช้ Smart Phone อ่าน QR Code เพื่อรับฟังเสียงคำแนะนำการบริหารยา พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อความสะดวกของการเข้าใช้งานร้อยละ 100 เห็นว่ามีประโยชน์ในการทำงานร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจโดยรวมในการใช้งานนวัตกรรมกล่องยาฉุกเฉินพูดได้ร้อยละ 93.8 นวัตกรรมกล่องยาฉุกเฉินพูดได้ช่วยขับเคลื่อนภารกิจบริการเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการ สนับสนุนการพัฒนาระบบยาที่ปลอดภัย นโยบายการส่งเสริมการ

ใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธาทิพย์ ออประยูร และอัลจนา เฟื่องจันทร์[13] การพัฒนาฉลากยาสำหรับผู้พิการทางสายตาโดยใช้ Voiceye Code ซึ่งผู้พิการทางสายตาสามารถใช้โทรศัพท์มือถือสแกนฉลากยาได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ได้รับข้อมูลยาบนฉลากยาได้อย่างครบถ้วน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดต่อฉลากยาในทุกหัวข้อการประเมิน ได้แก่ ลักษณะของฉลากยา ความสะดวกในการใช้งาน และประโยชน์ที่ได้รับจากฉลากยา มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยมากกว่า 3.50 คะแนน ซึ่งนามบัตร QR Code ที่พัฒนาขึ้นมาสามารถช่วยให้จดจำชื่อยา ขนาดยา ข้อบ่งใช้ ข้อควรระมัดระวังในการใช้ยา และลักษณะเม็ดยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวิธีการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ผิดชนิด ผิดขนาด ผิดวิธี และสามารถเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำงานวิจัยนี้ไปให้ความรู้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่อยู่ในคลินิกให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงข้อมูลยาต้านไวรัสด้วยนามบัตร QR Code ได้อย่างถูกต้องเพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2. ควรมีการติดตามผลของการใช้นามบัตร QR Code ในระยะยาวเพื่อดูแนวโน้มความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

3. ควรนำนามบัตร QR Code นี้ไปประยุกต์ใช้กับตัวยาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการใช้นามบัตร QR Code เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ได้พัฒนาจากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก นายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปทุมรัตต์ และนางสาวสมบูรณ์ หนูธรรมพะเนา หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเภสัชกรและฝ่ายเภสัชกรรมฯโรงพยาบาลปทุมรัตต์ทุกท่าน ผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัยที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คอยสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดียิ่งโดยตลอดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้เป็นอย่างดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV info hub) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http:// https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2569-2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2566.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (NAP WEB REPORT) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/home.jsp
4. กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV info hub). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://hivhub.ddc.moph.go.th/dashboard/zone.php
5. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV info hub) [อินเทอร์เน็ต].

กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://hivhub.ddc.moph.go.th/dashboard/province.php

6. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV info hub). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://hivhub.ddc.moph.go.th/dashboard/service_area.php
7. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2565/2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
8. เบญจพร วีระพล, สุทธิดา ลิ่มกองลาภ. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม QR Code เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ในการใช้ยากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีฉลากยาเสริมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
9. กุลธิดา ขันทอง. การใช้ QR Code จัดการเรียนรู้ด้วยกระบวนการสืบเสาะหาความรู้แบบ 5E เรื่องรู้เท่าทันสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. คุรุสภาวิทยาจารย์ Journal of teacher professional development. 2563;1(3):44-53.
10. กัตตกมล พิศแลงาม. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีรหัสคิวอาร์ โค้ดสำหรับการจัดการเรียนการสอนในคนวิชาภาษาสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศของหมวดวิชาศึกษาทั่วไป. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติด้านนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้และสิ่งประดิษฐ์ ครั้งที่ 2 ประจำปี 2561; วันที่ 18 กรกฎาคม 2561; ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. ปทุมธานี; 2561. หน้า 262-72.
11. ปภาดา งามกิจปราโมทย์, ชญาดา กาญจนนันทวงศ์, วุฒิพงษ์ ทาเปี้ย, ตรีนุช เปี่ยมปรีชา, สุชาติ เปี่ยมปรีชา. การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลยาฉีดที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพด้วยคิวอาร์โค้ด. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2562;12(3):633-41.
12. ชมรมพร ศรีนวล, ทิพวรรณ เทียมแสน, กนกพร นามปรีดา, เสาวลักษณ์ วิลัย. กล่องยาฉุกเฉินพูดได้. Journal of the Phrae Hospital. 2563;28(1):176-88.
13. สุทธาทิพย์ ออประยูร, อัลจนา เฟื่องจันทร์. การพัฒนาฉลากยาสำหรับผู้พิการทางสายตา. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2560;9(1):236-50.

ประสิทธิภาพของการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์กระตุ้นความพยายามในการหายใจเข้าลึก ในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ: อาการทางคลินิก สมรรถภาพปอด และการวิเคราะห์ภาพ ถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์

Comparisons of the clinical outcomes, lung functions test and computer-aided chest radiography analysis on the effect of incentive spirometry device in post cardiac surgery patients

อาทิตยา ยศวงษ์* รักฝัน สวัสดิ์พาณิชย์**

Atidtaya Yotwong, Rakfan Sawasdipanit

Corresponding auther: E-mail: amaon21@gmail.com

(Received: August 19, 2024; Revised: August 27, 2024; Accepted: September 27, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์กระตุ้นความพยายามในการหายใจเข้าลึก (BreatheMAX®) ต่อการพื้นที่ปริมาตรปอดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ และหาความสัมพันธ์ของปริมาตรปอดกับค่าสมรรถภาพปอดจากสไปโรมิเตอร์หลังผ่าตัด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2560 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (ใช้ BreatheMax®) และกลุ่มควบคุม (ฝึกหายใจลึก) รวบรวมข้อมูลและวัดปริมาตรปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกโดยนักกายภาพบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน และหลังการฝึกภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย : พื้นที่ปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ก่อนผ่าตัดไม่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม แต่หลังผ่าตัดทันที (Post-op day 0) พื้นที่ปอดลดลงชัดเจนในทั้งสองกลุ่มโดยไม่มีความแตกต่างที่นัยสำคัญทางสถิติ แต่ในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูพื้นที่ปอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และพื้นที่ปอดที่วัดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์สูงกับค่าจริงในวันที่ 5 สำหรับตัวชี้วัด SVC, PEFR และ VT ซึ่งใช้ในการคาดการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้

สรุปและข้อเสนอแนะ : การฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์ มีศักยภาพในการช่วยฟื้นฟูการขยายตัวของปอดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ โดยเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัดระยะเริ่มต้น และค่าพื้นที่ปอดมีความสัมพันธ์สูงกับตัวชี้วัดของสไปโรมิเตอร์ แต่ยังจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ และประเมินสมรรถภาพปอดหลายแง่มุมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว

คำสำคัญ : การฝึกหายใจ; อุปกรณ์ฝึกหายใจ; ปริมาตรปอด

*นักกายภาพบำบัดชำนาญการ **ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

Abstract

Purposes : To study the effectiveness of breathing exercises using the inspiratory effort stimulator device (BreatheMAX®) on lung volume in heart surgery patients, and to determine the correlation between lung volume and pulmonary function test (spirometer) values after surgery.

Study design : Retrospective research.

Materials and Methods : Data was collected from medical records and electronic databases of heart disease patients undergoing open-heart surgery at Khon Kaen Hospital from January to December 2017. Patients were divided into two groups: the intervention group (using BreatheMAX®) and the control group (performing deep breathing exercises). Lung volumes were measured from chest X-rays by physical therapists. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and comparisons were made within and between the groups before and after the exercises.

Main findings : Before surgery, there was no significant difference in lung volume between the two groups. However, immediately after surgery (Post-op day 0), lung volume decreased significantly in both groups without a statistically significant difference. By post-op days 1 and 2, the intervention group showed significantly better lung recovery compared to the control group. Additionally, lung volume measured on post-op day 1 had a strong correlation with actual values on day 5 for SVC, PEFR, and VT, indicating these measurements can predict pulmonary function recovery.

Conclusion and recommendations : Breathing exercises using the device show potential in enhancing lung expansion recovery in heart surgery patients, particularly in the early postoperative phase. Lung volume measurements are strongly correlated with spirometer indicators, but other factors should also be considered, and a more comprehensive assessment of lung function is necessary. Long-term outcome studies are recommended.

Keyword : Breathing exercise; Breathing device; Lung volume

*Physical Therapist, Medicine Cardiovascular Thoracic Surgery, Khon Kaen Hospital

บทนำ

การผ่าตัดหัวใจ (Heart surgery) เป็นการแก้ไขกับพยาธิสภาพที่เกิดจากโครงสร้างที่ผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ที่ต้องอาศัยการทำงานของเครื่องหัวใจและปอดเทียม การลดอุณหภูมิกาย การใช้ยาสลบ ใส่ท่อช่วยหายใจ และการง้างกระดูกหน้าอก ส่งผลให้หลังการผ่าตัดเกิดการเปลี่ยนแปลง ของรูปแบบการหายใจ เกิดการทำลายสารเคลือบผิวภายในถุงลมปอดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หายใจลดลง ทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้อย่างต่อเนื่อง[1] เกิดการลดลงของปริมาตร ปอดและประสิทธิภาพในการระบายเสมหะ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดตามมา[2] โดยเฉพาะภาวะปอดแฟบและปอดติดเชื้อ ซึ่งมักส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตินานขึ้น เป็นสาเหตุสำคัญของการเพิ่มอัตราการป่วย นอกจากนั้นยังทำให้มีการใช้ยาในการรักษาเพิ่มขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นและค่าใช้จ่าย ในการรักษาเพิ่มมากขึ้น วิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอดหลังการผ่าตัดต้องการการดูแลทางกายภาพบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการหายใจ การเพิ่มการระบายเสมหะ และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจจึงมีความสำคัญในการรักษาหรือลดความเสี่ยง ป้องกันการเกิดความผิดปกติของปอดอันเนื่องมาจากการผลกระทบของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในผู้ป่วยเหล่านี้ต้องใช้เทคนิคการรักษาทางกายภาพบำบัด ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มปริมาตรปอด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจเข้า และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดได้ อีกทั้งสามารถลดการเสื่อมสมรรถภาพทางกายและเพิ่มคุณภาพชีวิต

การฝึกการหายใจลึก (Deep breathing exercise) คือ การฝึกหายใจเข้า-ออกอย่างช้าๆ ลึกๆ โดยมีหลายรูปแบบ จุดประสงค์ของการฝึกการหายใจเพื่อทำให้การถ่ายเทอากาศของปอดดีขึ้น ป้องกันภาวะปอดแฟบหรือเพิ่มปริมาตรปอด เพิ่มประสิทธิภาพของการไอ เพิ่มการกำจัดเสมหะ เพิ่มความแข็ง แรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ลดแรงการหายใจหรือลดภาวะหอบเหนื่อย ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกดีขึ้น ดังนั้น การฝึกหายใจลึกทั้งแบบใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ จึงเป็นเทคนิคที่นักกายภาพบำบัดนำมาใช้ในการดูแลและป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดภายหลังการผ่าตัดหัวใจ นอกจากนั้น การฝึกหายใจลึกทั้งแบบใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ยังได้รับการพิสูจน์ว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจที่ได้รับการฝึกหายใจลึกสามารถเพิ่มการขยายตัวและลดอัตราการแฟบของปอดได้[3] รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดภายหลังการผ่าตัดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึก[4]

ปัจจุบัน อุปกรณ์ฝึกหายใจลึกมีหลายชนิด เช่น Triflo II®, Voldyne®, Threshold PEP และ BreatheMAX® และถูกนำมาใช้ในการรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โปรแกรมการรักษาก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยการฝึกหายใจลึกโดยไม่ใช้อุปกรณ์ การไอ การเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตัวเอง รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพโรคและการผ่าตัด หลังการผ่าตัด 1 วัน นักกายภาพบำบัดดูแลทันทีในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ด้วยเทคนิคที่ฝึกตั้งแต่ช่วงก่อนผ่าตัด และเพิ่มการฝึกการเคลื่อนย้ายตัวเอง และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขน-ขา โดยอ้างอิงจากแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ[5] ดังนั้นการฝึกหายใจโดยใช้อุปกรณ์ มาฝึกตั้งแต่ช่วงก่อนผ่าตัดเช่นเดียวกับเทคนิคอื่นๆ โดยคาดหวังว่าการฝึกตั้งแต่ก่อนผ่าตัดต่อเนื่องหลังผ่าตัด อาจมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเพิ่มปริมาตรปอด รวมถึงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดหลังการผ่าตัดได้ และการประเมินความก้าวหน้าของผลการรักษาทางกายภาพบำบัดทรวงอก ได้แก่ การฟังเสียงปอด การวัดการขยายตัวของทรวงอก การดูภาพถ่ายรังสีทรวงอกเป็นการวัดและตรวจประเมินร่างกายปกติในผู้ป่วยทุกราย แต่การวัดสมรรถภาพปอดด้วยสไปโรมิเตอร์ไม่ได้ทำทุกรายเพราะไม่ได้อยู่ในเงื่อนไขการผ่าตัด และเป็นการตรวจที่ทำได้ยาก โดยเฉพาะหลังผ่าตัดเพราะเวลาทดสอบผู้ป่วยต้องหายใจเข้าลึกสุดและออกสุดด้วยความเร็ว แรง และยาวอย่างน้อย 6 วินาที ซึ่งมักจะกระตุ้นอาการปวดได้ แม้ว่าการดูภาพถ่ายรังสีทรวงอกสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของปอดได้ว่าดีขึ้นหรือแย่ลง แต่ไม่สามารถวัดระบุออกมาเป็นตัวเลข

หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงเหมือนกับการวัดสมรรถภาพปอด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์ต่อพื้นที่ปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ของพื้นที่ปอดจากการประมาณค่าภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์และค่าสมรรถภาพปอดจากสไปโรมิเตอร์ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์กระตุ้นความพยายามในการหายใจเข้าลึก (BreatheMAX®) และการฝึกหายใจลึก ต่อการพื้นที่ปริมาตรปอดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ด้วยวิธีการประมาณค่าปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์

ศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาตรปอดจากการประมาณพื้นที่ปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์กับค่าสมรรถภาพปอดจากสไปโรมิเตอร์หลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม แบบจำเพาะเจาะจง ตามรูปแบบการฝึกหายใจ (ใช้และไม่ใช้อุปกรณ์) ที่ผู้ป่วยเคยได้รับในขณะที่เข้ารับการผ่าตัด กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิน 60 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ป่วยโรคผนังกั้นหัวใจรั่ว โรคลิ้นหัวใจพิการและโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลขอนแก่นในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดทรวงอกด้วยการฝึกหายใจลึกแบบไม่ใช้อุปกรณ์หรือฝึกหายใจด้วย BreatheMax® อย่างใดอย่างหนึ่งตั้งแต่ก่อนผ่าตัด 2 วันต่อเนื่องหลังผ่าตัดและสามารถฝึกตามโปรแกรมการรักษาได้ครบจนสิ้นสุด

เกณฑ์การออก (Exclusion criteria) เวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยที่มีประวัติคาท่อช่วยหายใจนานเกิน 24 ชั่วโมง มีอาการเจ็บหน้าอกแบบ ความดันเลือด (>140/90 mm/Hg) การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติแบบควบคุมไม่ได้ ขณะคัดอาสาสมัครและฝึกโปรแกรม เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแสดงของโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ มีค่า EF<0.40 และผู้ที่ไม่สามารถฝึกโปรแกรมการรักษาได้จนจบ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกายและปัญหาอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

อุปกรณ์ฝึกหายใจด้วยแรงดันน้ำ BreatheMAX® ที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับ เป็นอุปกรณ์ฝึกหายใจที่ตัวของอุปกรณ์ประกอบด้วยขวดหรือกระบอกใส่น้ำที่ด้านฝามีท่อ 2 ท่อ ท่อด้านที่หนึ่งเป็นทางเข้าของอากาศภายนอกซึ่งต่อกับท่อที่จุ่มอยู่ใต้น้ำ อีกท่อหนึ่งเป็นทางออกของอากาศเข้าสู่ปอด ที่จุ่มใต้น้ำเป็นอุปกรณ์สำคัญในการให้แรงต้านต่อการหายใจ เป็นขวดฝึกหายใจที่ออกแบบให้สามารถควบคุมการเกิดแรงดันต่ำสุด (Threshold) ในทรวงอกขณะหายใจเข้า-ออกได้ถูกต้องตามที่นักกายภาพบำบัดเลือกกำหนด ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยหายใจเข้าแรงจนเกิดความแตกต่างของแรงดันอากาศมากกว่าแรงต้านนี้ อากาศจากภายนอกจะไหลผ่านใต้น้ำเข้าสู่อุปกรณ์ แล้วเกิดการไหลของอากาศเข้าสู่ปอดจนเกิดเป็นเสียงฟองอากาศขณะหายใจเข้าต่อไป ดังนั้นระดับแรงต้านนี้จึงเป็นแรงต้านต่ำสุดของการหายใจเข้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่โรงพยาบาลขอนแก่นผ่านเกณฑ์การคัดเข้า-ออก

2. คัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามปกติ ทั้งก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด และได้รับการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์

BreatheMax® ทำการฝึกหายใจเข้าลึก สลับกับการหายใจออกก่อแรงดันบวกร่วมกับแรงสั่นและความชื้นที่แรงต้าน 5-8 ซม.น้ำ (OPEP) 30 ครั้ง/ชุด วันละ 5 ชุด (ผลรวม 150 ครั้ง/วัน/เทคนิค)หรือได้รับการฝึกหายใจโดยไม่ใช้อุปกรณ์ 3 ระดับ (ชี่โครงบน, ล่าง และกระบังลม) 10 ครั้ง/ชุด/ระดับ วันละ 5 ชุด (ผลรวม 150 ครั้ง/วัน) อย่างใดอย่างหนึ่ง ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด 2 วันต่อเนื่องถึงช่วงหลังผ่าตัด

3. แยกเวชระเบียนออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์ BreatheMax® และกลุ่มควบคุม คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหายใจลึกโดยไม่ใช้อุปกรณ์

4. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพพื้นฐานและข้อมูลการตรวจร่างกายก่อนและหลังการผ่าตัดวันที่ 1 และ 5

5. วัดพื้นที่ปอดจากการประมาณภาพถ่ายรังสีทรวงอกในโปรแกรมอ่านผล X-ray ด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งแปรผลออกมาเป็นหน่วยตารางมิลลิเมตร เก็บข้อมูลก่อน และหลังการผ่าตัดวันที่ 0 1 และ 2 โดยนักกายภาพบำบัดที่ทำการวัดตัวแปรดังกล่าว ไม่ทราบว่าภาพถ่าย X-ray ที่ทำการวัดอยู่ในกลุ่มใด ทำการวัด จำนวน 3 คน วัดคนละ 3 ครั้งต่อ 1 ภาพถ่าย แล้วจึงนำค่าที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยเพื่อบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ทั้งหมดทำโดยใช้สถิติ SPSS รุ่น 29.0 การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนาใช้เพื่ออธิบายข้อมูลประชากรของผู้เข้าร่วม วิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test ($p > .05$) เปรียบเทียบระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและการคาท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม วันนอนหอผู้ป่วยหนักและนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่ม ด้วย Intention-to-treat and unpair t-test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าพื้นที่ปอดเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัดภายในกลุ่ม One way ANOVA และ Mann-whitney test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม $p < .05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ และหาความสัมพันธ์พื้นที่ปอดที่ได้จากการประมาณการภาพถ่ายรังสีทรวงอก และสมรรถภาพการทำงานของปอดหลังผ่าตัด ด้วย Pearson's correlation

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย KEXP67051 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์กระตุ้นความพยายามในการหายใจเข้าลึก (BreatheMAX®) ต่อการขยายตัวของปอดในผู้ป่วยที่มีปริมาตรปอดลดลงหลังการผ่าตัดหัวใจ ผลการศึกษาประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ประวัติการรักษา และข้อมูลการวัดปริมาตรปอดทั้งวิธีการประมาณค่าจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกและการวัดด้วยสไปโรมิเตอร์

1. ข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนจำนวน 60 ราย ถูกคัดตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน อายุเฉลี่ย 49.5+11.9 ปี และเป็นเพศชาย 33 คน คิดเป็นร้อยละ 55 โดยมีข้อมูลพื้นฐาน อายุ เพศ BMI ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว EF และผลทดสอบสมรรถภาพปอดและพื้นที่ปอดที่วัดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ประวัติการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ รองลงมาคือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตามลำดับ ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดชนิดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.33 ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจชนิด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 4.56+1.02 ชั่วโมง ระยะเวลาการใช้เครื่องปอด และหัวใจเทียม 93.91+34.07 นาที สายระบายส่วนใหญ่ 2 สาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก (ICU CVT) เฉลี่ย 3.7+1.87 วัน และ

ในกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนใน ICU น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.01) แต่ไม่มีความแตกต่างของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11.73+2.83 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

3. การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอด

3.1 พื้นที่ปอดจากการประมาณค่าจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์ ผลการเปรียบเทียบพื้นที่ปอดจากการประมาณการภาพถ่ายรังสีทรวงอก ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่า ก่อนการผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในพื้นที่ปอดระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม (p= .503) ซึ่งแสดงว่าก่อนการรักษาทั้งสองกลุ่มมีสภาพพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และหลังการผ่าตัดทันที (Post-op day 0) พื้นที่ปอดของทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างชัดเจนหลังการผ่าตัด แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม (p= .164) วันที่ 1 และ 2 หลังการผ่าตัด พื้นที่ปอดของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรักษาในกลุ่มทดลองอาจช่วยเพิ่มพื้นที่ปอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยของพื้นที่ปอดที่วัดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray film) พบว่าก่อนผ่าตัดกับหลังผ่าตัดทันที (Day 0) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ปอดระหว่างช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดทันที แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่คล้ายคลึงกันหลังการผ่าตัดทันที ก่อนผ่าตัดกับวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ปอดมากกว่ากลุ่มทดลอง ในวันที่ 1 และ 2 หลังการผ่าตัด ซึ่งอาจบ่งบอกว่ากลุ่มควบคุม มีการฟื้นตัวช้ากว่ากลุ่มทดลองในช่วงหลังการผ่าตัด ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

Characteristic	BreatheMAX® device (Intervention group) (n=30)	Deep breathing (Control group) (n=30)	p
Age, years	52.5 ± 11.4	46.6 ± 11.9	.100
Sex, n(%)			
Male	19(63.3%)	14(46.7%)	
Female	11(36.7%)	16(53.3%)	
BMI, kg/m^2	22.29±2.9	21.9±3.2	.730
Smoking habit, n(%)			
Smoking	9(30.0%)	7(23.4%)	
Non smoking	21(70.0%)	23(76.7%)	
Underlying, n(%)	18(60.0%)	17(56.7%)	
Ejection fraction (%)	55.9±12.4	59.8 ± 11.3	.290

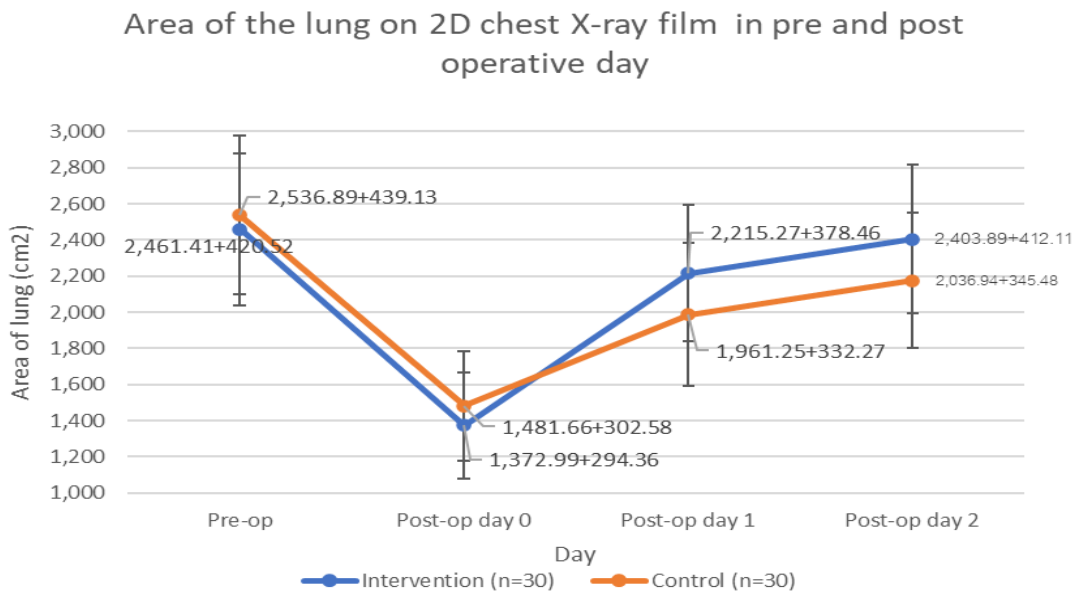
ตารางที่ 1 (ต่อ)

Characteristic	BreatheMAX® device (Intervention group) (n=30)	Deep breathing (Control group) (n=30)	p
New York Heart Association Class, n(%)			
≤II	29(96.4%)	29(96.4%)	
>II	1(3.6%)	1(3.6%)	
Lung function test			
SVC (L)	2.53±0.61	2.54+0.5	.980
$SVC_{\%predicted}$ (L)	69.29+16.26	69.87+12.9	.890
IC (L)	1.8+0.25	1.87+0.27	.400
$IC_{\%predicted}$ (L)	67.92+17.93	73.71+17.33	.280
PEFR (L/min)	367.73+84.83	386.36+112.65	.540
VT (ml)	424.55+46.77	442.27+67.11	.310
Thoracic chest expansion (cm)	4.45 ± 0.6	4.21 ± 0.49	.100
Area of the lung on 2D chest X-ray film (cm^2)	2,461.41+420.52	2,536.29+439.13	.500
Operation			
CABG, n(%)	7(23.3%)	5(16.7%)	
Valve replacement, n(%)	21(70.0%)	23(76.7%)	
Congenital heart, n(%)	0(0.0%)	1(3.3%)	
Duration of surgery, Mean(SD.)	4.62±1.2	4.5±0.87	.700
Cardiopulmonary bypass time, Mean(SD.)	98.82±30.75	89±37.16	.350
Number of chests drain, n(%)			
2	17(56.7%)	21(70.0%)	
3	13(43.3%)	8(30.0%)	
ICU stay, (Day)	3±1.23	4.4±2.153	.010
Postoperative hospital stays, (Day)	12.32±3.39	11.14±2.07	.170

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าพื้นที่ปอดที่ได้จากการประมาณการภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์ก่อนและหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่ม

Day	Intervention (n=30)	Control (n=30)	p
Pre-operation	2,461.41±420.52	2,536.29±439.13	.503
Post-operation day 0	1,372.99±294.36	1,481.66±302.58	.164
Post-operation day 1	2,215.27±378.46	1,986.81±395.4	.026
Post-operation day 2	2,403.89±412.11	2,174.83±374.34	.027

กราฟที่ 1 แสดงพื้นที่ปอดที่ได้จากการประมาณการภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์ในช่วงก่อน และหลังผ่าตัด



การเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยของพื้นที่ปอดที่วัดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาหลังการผ่าตัด พบว่าในวันที่ 1 และ 2 หลังการผ่าตัด เปรียบเทียบหลังผ่าตัดทันที กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ปอดมากกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วงวันหลังการผ่าตัด ซึ่งแสดงถึงการฟื้นฟูพื้นที่ปอดที่ดีกว่าในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของพื้นที่ปอดเปรียบเทียบก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ภายในกลุ่ม

Day	Intervention (n=30)	Control (n=30)	p
Pre/postoperative			
Pre-Post-op day0	1088.42±126.15	1054.63±142.45	.335
Pre-Post-op day1	246.14±42.05	549.48±192.78	<.001
Pre-Post-op day2	57.52±66.74	361.46±199.60	<.001
Postoperative			
Day1-day0	842.28±84.1	505.15±181.6	<.001
Day2-day0	1030.91±127.48	693.17±173.5	<.001

3.2 ค่าสมรรถภาพปอดจากสไปโรมิเตอร์หลังผ่าตัด ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการทดสอบสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คนในแต่ละกลุ่ม โดยมีการวัดผลก่อนการผ่าตัดและในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด ซึ่งมีการคำนวณความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างวันที่ 5 หลังการผ่าตัดกับค่าก่อนการผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย และมีค่า p ที่สูงกว่า .05 ในทุกตัวชี้วัดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างในค่าทดสอบสมรรถภาพปอดก่อนและหลังการผ่าตัดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่าสมรรถภาพปอดภายในวันที่ 5 หลังการผ่าตัดมีค่าเทียบเท่าก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 4 แสดงการเปลี่ยนแปลงค่าสมรรถภาพปอดก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ

	Intervention (n=30)				Control (n=30)			
Pulmonary function test	Preoperative	Postopertive day 5	Mean change difference day 5 - Pre-op	p	Preoperative	Postopertive day 5	Mean change difference day 5 - Pre-op	p
SVC (L)	2.53±0.61	2.54±0.60	0.007±0.03	.114	2.54±0.5	2.57±0.52	0.033±0.13	.120
$SVC_{\%predicted}$ (L)	69.29±16.26	69.49±16.33	0.2±0.8	.127	69.87±12.9	70.62±12.6	0.744±2.77	.110
IC (L)	1.8±0.25	1.8±0.24	0.005±0.03	.240	1.87±0.27	1.87±0.27	0.007±0.02	.110
$IC_{\%predicted}$ (L)	67.92±17.93	68.18±18.11	0.26±1.42	.200	73.71±17.33	73.97±17.27	0.26±0.97	.110

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	Intervention (n=30)				Control (n=30)			
Pulmonary function test	Preoperative	Postopertive day 5	Mean change difference day 5 - Pre-op	p	Preoperative	Postopertive day 5	Mean change difference day 5 - Pre-op	p
PEFR (L/min)	367.73±84.83	369.55±83.47	1.82±7.8	.140	386.36±112.65	386.82±113.24	0.45±2.13	.160
VT (ml)	424.55±46.77	423.18±47.95	1.36±6.4	.160	442.27±67.11	441.82±67.38	0.45±12.14	.430

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการทดสอบสมรรถภาพปอด ระหว่างวันที่ 5 หลังการผ่าตัดกับวันที่ 1 หลังการผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุม พบว่า ในตัวชี้วัดส่วนใหญ่ค่า p ที่ <.001 บ่งชี้ว่าความแตกต่างระหว่างวันที่ 1 หลังผ่าตัดและวันที่ 5 หลังผ่าตัดมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกตัวชี้วัด ยกเว้นค่า VT ในกลุ่มควบคุม ที่มี p= .38 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวชี้วัดนี้สำหรับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 แสดงการเปลี่ยนแปลงค่าสมรรถภาพปอดก่อนและหลังการฝึกหายใจ ช่วงหลังการผ่าตัด

	Intervention (n=30)				Control (n=30)			
Pulmonary function test	Post-op day1	Post-op day 5	Mean change difference	p	Post-op day1	Pos-top day 5	Mean change difference	p
SVC (L)	1.81+0.54	2.54±0.60	0.73±0.43	<.001	21.13±0.49	2.57±0.52	0.44±0.38	<.001
$SVC_{\%predicted}$ (L)	49.67+15.56	69.49±16.33	19.82±13.16	<.001	58.1±9.99	70.62±12.6	12.52±11.66	<.001
IC (L)	1.52+0.24	1.8±0.24	0.29±0.15	<.001	1.4±0.41	1.87±0.27	0.47±0.33	<.001
$IC_{\%predicted}$ (L)	57.67+17.27	68.18±18.11	10.50±5.21	<.001	54.32±1.66	73.97±17.27	19.66±14.39	<.001
PEFR (L/min)	291.36+69.03	369.55±83.47	78.18±38.38	<.001	297.27±81.08	386.82±113.24	89.55±72.73	<.001
VT (ml)	378.18+53.86	423.18±47.95	45±23.65	<.001	440.9±69.21	441.82±67.38	0.91±13.42	.380

กลุ่มทดลองมีค่าสมรรถภาพปอดที่ฟื้นตัวตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 5 หลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับกลุ่มควบคุม แม้ว่าจะมีการปรับปรุงในสมรรถภาพปอด แต่ความแตกต่างในบางตัวชี้วัด เช่น VT นั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าการฟื้นตัวของสมรรถภาพปอดในกลุ่มนี้ไม่ดีเท่ากับกลุ่มควบคุม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ปอดจากการประมาณภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์ค่าพื้นที่ปอดจากการประมาณภาพถ่ายรังสีทรวงอกกับผลทดสอบสมรรถภาพปอดในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด โดยใช้การวัดความถูกต้องของการทำนาย (Mean Absolute Percentage Error หรือ MAPE) และค่าสหสัมพันธ์ (r) ระหว่างค่าที่ทำนายได้กับค่าจริงที่เกิดขึ้นในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด ในหลายตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพปอด การวิเคราะห์ผลการทดสอบพื้นที่ปอดจากการประมาณภาพถ่ายรังสีทรวงอกในวันที่ 1 หลังผ่าตัด พบว่าค่าตัวชี้วัดที่มีค่า MAPE ต่ำ (SVC, PEFR และ VT) แสดงว่าค่าพื้นที่ปอดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดมีความแม่นยำสูง และสอดคล้องกับค่าจริง SVC, PEFR และ VT ที่วัดได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด ค่าสหสัมพันธ์ (r) ที่สูงใน SVC, PEFR และ VT บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างค่าพื้นที่ปอดในวันที่ 1 และค่า SVC, PEFR และ VT ในวันที่ 5 ซึ่งสามารถใช้งานตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อคาดการณ์แนวโน้มของสมรรถภาพปอดในระยะหลังผ่าตัดได้ดี ในขณะที่ตัวชี้วัดเช่น $SVC\%_{predicted}$ และ $IC\%_{predicted}$ มีค่า MAPE สูงและค่าสหสัมพันธ์ต่ำ ซึ่งบ่งชี้ว่าการทำนายค่าพวกนี้ในวันที่ 1 ไม่สอดคล้องกับค่าจริงในวันที่ 5

ตารางที่ 6 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ปอดจากการประมาณภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ

	Pulmonary function test day5											
Area of lung	SVC		$SVC_{\%predicted}$		IC		$IC_{\%predicted}$		PEFR		VT	
	MAPE	*r*	MAPE	*r*	MAPE	*r*	MAPE	*r*	MAPE	*r*	MAPE	*r*
Post-op day 1	0.048	0.715	0.255*	0.049	0.189	0.149	0.257*	0.048	0.069	0.601	0.025	0.848

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์กระตุ้นความพยายามในการหายใจเข้าลึก BreatheMAX® และการฝึกหายใจลึกต่อการพื้นที่ปริมาตรปอดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ด้วยวิธีการประมาณค่าปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วยคอมพิวเตอร์และศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาตรปอดกับค่าสมรรถภาพปอดจากสไปโรมิเตอร์หลังผ่าตัด

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มที่มีสภาพพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน และมีพื้นที่ปอดลดลงอย่างชัดเจนในวันหลังการผ่าตัดทันที สะท้อนให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดในระดับที่คล้ายคลึงกันในช่วงแรก และเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มอย่างต่อเนื่องในวันที่ 1 และ 2 หลังการผ่าตัด แต่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการฝึกหายใจด้วย BreatheMAX® มีศักยภาพในการช่วยฟื้นฟูการขยายตัวของปอดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ โดยเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัดระยะเริ่มต้น ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Laoakka, et al.[6] ที่พบว่าการฝึกหายใจด้วย BreatheMAX® สามารถเพิ่มการขยายของปอดในผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้ และการศึกษาของ Yotwong, et al.[3] ที่ศึกษาการฝึกหายใจลึกโดยใช้ BreatheMAX® ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ ในช่วง 1-2 วันก่อนการผ่าตัดต่อเนื่องถึงหลังการผ่าตัด พบว่าทำให้อัตราการเกิดภาวะปอดแฟบหลังการผ่าตัดลดลงเรื่อยๆ และสามารถลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและการคาท่อช่วยหายใจตลอดจนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) และวันนอนโรงพยาบาลได้ ข้อมูลนี้มีความสำคัญสำหรับการวางแผน

การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งอาจนำไปสู่การลดระยะเวลาการฟื้นฟูและการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด การเพิ่มปริมาตรปอดภายหลังการฝึกเป็นผลของการฝึกหายใจด้วย BreatheMAX® เป็นเทคนิคที่เลียนแบบการหายใจปกติหรือการหาว เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าและลึก จะเป็นการเพิ่มความดันที่ทำให้ถุงลมปอดขยายตัว (Transpulmonary P gradient, P_L) สูงขึ้น โดยการทำให้ความดันในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural pressure, P_{PL}) เป็นลบมากและนานที่สุด ในขณะที่ความดันในถุงลม (Alveolar pressure, PA) เป็น 0 cm. H2O การคงค้างนาน 15-20 วินาทีนั้น อาจทำให้ได้ P_L ถึง 40 cm.H_2O ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้ถุงลมปอดที่แฟบอยู่ขยายได้ เนื่องจากในถุงลมที่แฟบที่มีสาร Surfactant ปกตินั้น PL ประมาณ 7-20 cm.H_2O ก็เพียงพอต่อเปิดถุงลม และการฝึกหายใจด้วยเทคนิค PEP จะเป็นการหายใจที่สามารถเพิ่มการขยายตัวของปอดได้ เนื่องจากทำให้แรงดันบวกในถุงลมเพิ่มขึ้นในช่วงหายใจออกได้ เพื่อลดการปิดของท่อหลอดลม เพิ่มการขยายของถุงลม เพิ่มปริมาตรปอด เพิ่มการเคลื่อนของเสมหะ ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดได้

สมรรถภาพปอดเมื่อวัดในวันที่ 5 หลังการผ่าตัดนั้นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในตัวชี้วัดบางประการ ซึ่งอาจเป็นเพราะการฟื้นตัวของสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันเมื่อเวลาผ่านไป ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าการฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์ BreatheMAX® อาจเป็นประโยชน์ในช่วงต้นของการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดหัวใจ แต่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการฟื้นตัวในช่วงเวลาที่นานขึ้น และควรศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการฟื้นตัวของตัวชี้วัด VT ในกลุ่มควบคุมเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงในอนาคต

ค่าพื้นที่ปอดที่ประมาณจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกในวันที่ 1 หลังการผ่าตัดหัวใจมีความสัมพันธ์ที่ดีและสอดคล้องกับสมรรถภาพปอดที่วัดได้ในวันที่ 5 หลังการผ่าตัดในตัวชี้วัดบางตัว เช่น SVC, PEFR และ VT โดยค่าสหสัมพันธ์ (r) ที่สูงและค่า MAPE ที่ต่ำในตัวชี้วัดเหล่านี้บ่งชี้ว่าพื้นที่ปอดที่วัดในวันที่ 1 สามารถทำนายค่าจริงของสมรรถภาพปอดในวันที่ 5 ได้อย่างแม่นยำ ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งนี้เป็นการสนับสนุนความคิดที่ว่าการตรวจวัดพื้นที่ปอดในระยะแรกหลังการผ่าตัดอาจเป็นตัวชี้วัดที่มีประโยชน์ในการประเมินแนวโน้มการฟื้นตัวของสมรรถภาพปอดในระยะยาว ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาและการติดตามผลการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตาม ในตัวชี้วัดอื่น ๆ เช่น $SVC\%_{predicted}$ และ $IC\%_{predicted}$ พบว่ามีค่า MAPE สูงและค่าสหสัมพันธ์ต่ำ แสดงว่าการทำนายพื้นที่ปอดในวันที่ 1 ไม่สามารถทำนายค่าจริงในวันที่ 5 ได้อย่างแม่นยำในตัวชี้วัดเหล่านี้ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความแปรปรวนในกระบวนการฟื้นตัวของผู้ป่วย หรือการที่ตัวชี้วัดเหล่านี้ได้รับผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากพื้นที่ปอดที่วัดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yoshida, et al.[7] ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินค่าพารามิเตอร์สไปโรมิเตอร์และการประมาณค่าจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกด้วย AI ผลการศึกษาพบว่า ค่าการทำงานของปอดที่วัดด้วยสไปโรมิเตอร์ถูกประมาณค่าจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกแนวหน้าโดยใช้เครือข่ายการเรียนรู้เชิงลึกทั่วไป ค่าประมาณสำหรับ FVC, FEV1 และ FEV1/FVC ได้รับความแม่นยำเฉลี่ยมากกว่า 90% เครือข่ายการประมาณค่าสมรรถภาพปอดที่พัฒนาขึ้น ในการศึกษานี้อาจเป็นวิธีการที่มีประโยชน์ในการคัดกรองสมรรถภาพปอดหรืออาจเป็นทางเลือกสำหรับการตรวจสมรรถภาพปอด อย่างไรก็ตามแม้ค่าพื้นที่ปอดจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกในวันที่ 1 หลังการผ่าตัดจะเป็นตัวชี้วัดที่มีความแม่นยำในบางตัวชี้วัด เช่น SVC, PEFR และ VT แต่ยังมีความจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ และประเมินสมรรถภาพปอดในหลายแง่มุมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและแม่นยำยิ่งขึ้นในการติดตามการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

การฝึกหายใจด้วย BreatheMAX® ควรได้รับการพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูปอดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่คงอยู่ของการฟื้นตัวในระยะเวลาที่นานขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อปรับปรุงการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Hulzebos H J, Van Meeteren N L U, Van den Buijs BJWM, A de Bie R, Brutel de la Rivière A, Helders P J M. Feasibility of preoperative inspiratory muscle training in patients undergoing CABG surgery with a high risk of postoperative pulmonary complications: A randomized controlled pilot study. Clinical Rehabilitation. 2006;20(11):949–59.
2. Rajendran A J, Pandurangi U M, Murali R, Gomathi S, Vijayan V K, Cherian K M. Pre-operative short-term pulmonary rehabilitation for patients of chronic obstructive pulmonary disease undergoing coronary artery bypass graft surgery. Indian Heart J. 1998;50(5):531-4.
3. Yotwong A, Sawasdipanit R, Jones C. Effectiveness of new chest physical therapy techniques in post open heart surgery in ICU. Proceedings of the 8th PTAT Conference; 2016 Jun 20-23; Bangkok; Thailand; p 45-51.
4. Westerdahl E, Lindmark B, Eriksson T, Friberg O, Hedenstierna G, Tenling A. Deep-breathing exercises reduce atelectasis and improve pulmonary function after coronary artery bypass surgery. Chest. 2005;128(5):3482-8.
5. คณะกรรมการชมรมฟื้นฟูหัวใจ. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ [อินเตอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 23 กรกฎาคม 2559];1:1-32. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf
6. Jones C U, Kluayhomthong S, Chaisuksant S, Khrisanapant W. Breathing exercise using a new breathing device increases airway secretion clearance in mechanically ventilated patients. Heart Lung. 2013;42(3):177-82.
7. Yoshida A, Kai C, Futamura H, Oochi K, Kondo S, Sato I, et al. Spirometry test values can be estimated from a single chest radiograph [Internet]. 2553 [cited 2024 Mar 6]:1-11. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10953498/pdf/fmed-11-1335958.pdf

ผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

EFFECTS OF COMMUNITY CASE MANAGEMENT ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF COMPLEX SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN CHATURAPHARK PHIMAN DISTRICT ROI-ET PROVINCE

ทองพูน ชาบุญมี*
Tongpoon Chaboonmee
Corresponding author: Email: tongpoonchaboonmee@gmail.com
(Received: August 24, 2024; Revised: September 2, 2024; Accepted: October 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ซับซ้อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหัวช้างในระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง ตุลาคม 2562 จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การจัดการรายกรณีในชุมชน 2) แบบประเมินอาการทางจิต 3) แบบประเมินความสามารถโดยรวมวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ สถิติอนุมานได้แก่ Paired t – test

ผลการวิจัย : 1) ค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณี (37.2±3.67) ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี 57.2(±7.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ค่าเฉลี่ยของความสามารถโดยรวมหลังได้รับการจัดการรายกรณี 64.5(±9.82) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี 49.2(±7.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนมีอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมดีขึ้น ดังนั้นควรนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนในชุมชน

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี; อาการทางจิต; ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : To compare the psychotic symptoms of schizophrenic patients before and after receiving a case management care in the community and to compare the overall abilities of schizophrenic patients before and after receiving case management care in the community.

Study design : This research were a quasi-experimental research.

Materials and Methods : The participant group were schizophrenic patients living in Hua Chang sub-district. The participant received a case management in community. The research instruments were 1) the case management in community 2) the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and 3) the Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Data were analyzed by descriptive statistics and Paired t - test.

Main findings : 1) The mean score of psychotic symptoms after receiving case management (37.2 ± 3.67) was lower than before receiving case management (57.2 ± 7.56) significantly ($p<.001$) and 2) The mean score of total ability care of schizophrenia after receiving case management (64.5 (± 9.82) was higher than before receiving case management (49.2 ± 7.03) significantly ($p<.001$).

Conclusion and recommendations : The case management in community can improve psychotic symptoms and overall abilities among complex schizophrenic patients. Therefore, case management should provide for caring of complex schizophrenic patients in the community.

Keywords : Case management; Psychotic symptoms; Overall abilities among schizophrenia patients

*Registered Nurse Professional Level, Chaturaphark Phiman Hospital.

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ เป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต และอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (Quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคมและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น[1-2] โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุดและพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวชโดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติดจึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงดังที่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความซับซ้อน และเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)[3]

จากรายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2560 – 2562 จำนวน 401, 457 และ 454 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2560 -2562 จำนวน 96, 109 และ 110 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 23.94, 23.85 และ 24.23 ตามลำดับ[4] จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้วพบว่า เกิดจากผู้ป่วยขาดยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยบางคนอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุซึ่งมีสายตาพร่ามัว สุขภาพไม่แข็งแรงหวาดกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ผู้ป่วยบางคนเคยมีประวัติอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ญาติพาไปรักษาอาการไม่ดีขึ้นจึงล่ามขังผู้ป่วยไว้ บางคนอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล เมื่อทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคงที่แบบผู้ป่วยนอก ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กิจกรรมการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เป็นการสอนและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ผลการดำเนินงานดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการระดับหนึ่ง แต่แนวทางการดำเนินงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และพบว่า ยังมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง ขาดยา อาการกำเริบซ้ำ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และรบกวนความสงบสุขของผู้อื่น ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ ทางสังคมได้ ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนในชุมชน ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมตอบสนองกับปัญหา มีอาการทางจิตดีขึ้น อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี เป็นการดูแล

ด้านจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมถึงการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติการ ประสานงานระบบให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจัดการรายกรณีไม่มีอาการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล[5] การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี สามารถลดอาการกำเริบ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้[5-7] การจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[8] ที่ผ่านมาโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานยังไม่เคยนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีการประเมิน วางแผนการดูแล และให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ลดการกำเริบ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลแบบ การจัดการรายกรณีในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - มิถุนายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2) มีอาการทางจิตในระดับรุนแรงขึ้นไปจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ได้ 37 คะแนนขึ้นไป 3) มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี 4) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคจิตเภท 5 ปีขึ้นไป 5) สื่อสารภาษาไทยได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการและมีคุณสมบัติเพิ่มเติมอย่างน้อย 1 ข้อ 1) มีอาการกำเริบซ้ำใน 6 เดือน ในรอบปีที่ผ่านมา 2) อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุโดยลำพัง 3) เคยมีประวัติถูกล่ามขัง และ 4) ไม่มีคนดูแล

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ การจัดการรายกรณีในชุมชนประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การค้นหาและคัดเลือกผู้ป่วย ขั้นที่ 2 การประเมิน และการวินิจฉัยปัญหา ขั้นที่ 3 การวางแผนการดูแล ขั้นที่ 4 การดำเนินการตามแผน ขั้นที่ 5 การติดตามประเมินผล กิจกรรมการดูแลในชุมชน ในแต่ละสัปดาห์มีดังนี้ แรกรับผู้ป่วยที่บ้าน/ชุมชน การสร้างสัมพันธภาพ/ประเมินภาวะสุขภาพ สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สัปดาห์ที่ 2 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช สัปดาห์ที่ 4 การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชบ้าน สัปดาห์ที่ 4 การให้คำปรึกษา/คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว สัปดาห์ที่ 6 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และ สัปดาห์ที่ 8 การฟื้นฟูทักษะการดำเนินชีวิตผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุนชน การติดตามต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายในเดือนที่ 3, 4, 5 และ 6 อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดขึ้น จะมีการทบทวน ปรับปรุงทุก 2-4 สัปดาห์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาการประกอบอาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต

2.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ของกรมสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ มีค่าความเชื่อมั่น (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.71 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราวัด 7 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 18-126 มี การแปลผลคะแนนรวม

ค่าคะแนนน้อยกว่า 19 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ค่าคะแนน 19-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต

ค่าคะแนน 37-126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

2.3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) ของกรมสุขภาพจิต ในการประเมินให้พิจารณาถึงความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้รวมความบกพร่องด้านการทำหน้าที่อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย (หรือสภาพแวดล้อม) ประกอบด้วย 7 ช่วงคะแนนและสามารถให้คะแนนที่มีค่าระหว่างช่วงคะแนนที่ให้ไว้ได้ เช่น 45, 68, 72 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 มีระดับคะแนน 0-100 ใช้ในการประเมินก่อนและหลังการทดลอง

2.4 การเก็บรวบรวบข้อมูล (ขั้นตอน) ก่อนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิตแบบประเมินความสามารถโดยรวมและใช้แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินความสามารถโดยรวม ในการติดตามประเมินผลผู้ป่วยหลังการวิจัย 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้สถิติพรรณนา

ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t – test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและญาติทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิในการยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลาของการวิจัย โดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ต่อนักวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และมีการนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด อายุ 40 -50 ปี มากถึงร้อยละ 50 ทุกคนมีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีการเจ็บป่วยทางจิต 11 – 15 ปี ร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป (n=10)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	10(100)
อายุ	20 – 30 ปี	1(10)
	31 – 40 ปี	4(40)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
	40 – 50 ปี	5(50)
	Mean= 38.6, SD.=6.81, Min=23, Max= 45	
สถานภาพสมรส	โสด	10(100)
การศึกษา	ประถมศึกษา	7(70)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	2(20)
	อนุปริญญา	1(10)
การประกอบอาชีพ	ไม่ประกอบอาชีพ	8(80)
	รับจ้าง	2(20)
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต	5 – 10 ปี	4(40)
	11 – 15 ปี	5(50)
	16 – 20 ปี	1(10)
	Mean=12.6, SD.= 5.42, Min=5, Max=20	

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนการทดลอง 57.2 ±7.56 คะแนน หลังการทดลอง 37.2 ±3.67คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าหลังการทดลองอาการทางจิตมีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอาการทางจิต ก่อนและหลังการวิจัยภายในกลุ่มทดลอง

อาการทางจิต	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95%CI	p
ก่อนทดลอง	10	57.2(7.56)	20(2.04)	16.37, 25.62	<.001
หลังทดลอง	10	37.2(3.67)			

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถโดยรวมก่อนการทดลอง 49.2 ±7.03 คะแนน หลังการทดลอง 64.5 ± 9.82 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสามารถโดยรวม ก่อนและหลังการวิจัยภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95%CI	p
ความสามารถโดยรวม					
ก่อนทดลอง	10	49.2(7.03)	15.3(1.92)	10.94, 19.65	<.001
หลังการทดลอง	10	64.5(9.82)			

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีอาการทางจิตลดลง เป็นอาการทุเลาจำนวน 6 คน ร้อยละ 60 มีอาการรุนแรง 4 คน ร้อยละ 40 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินอาการทางจิตรายบุคคล (n=10)

ที่	ชื่อ	แรกรับไว้ดูแล		สิ้นสุดการดูแล 6 เดือน	
		คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	นาย ก	67	อาการรุนแรง	35	อาการทุเลา
2	นาย ข	56	อาการรุนแรง	34	อาการทุเลา
3	นาย ค	65	อาการรุนแรง	38	อาการรุนแรง
4	นาย ง	58	อาการรุนแรง	32	อาการทุเลา
5	นาย จ	52	อาการรุนแรง	34	อาการทุเลา
6	นาย ฉ	58	อาการรุนแรง	38	อาการรุนแรง
7	นาย ช	50	อาการรุนแรง	36	อาการทุเลา
8	นาย ญ	42	อาการรุนแรง	32	อาการทุเลา
9	นาย ฎ	62	อาการรุนแรง	39	อาการรุนแรง
10	นาย ฐ	62	อาการรุนแรง	44	อาการรุนแรง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีความสามารถโดยรวมรายบุคคลเพิ่มขึ้น 1 ระดับจำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 70 เพิ่มขึ้น 2 ระดับจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 เพิ่มขึ้น 3 ระดับ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความสามารถโดยรวมรายบุคคล (n=10)

ที่	ชื่อ	แรกรับไว้ดูแล		สิ้นสุดการดูแล 6 เดือน	
		คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	นาย ก	56	ลำบากในการเข้าสังคม	68	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ
2	นาย ข	52	ลำบากในการเข้าสังคม	75	สูญเสียความสามารถทางสังคม เพียงเล็กน้อย
3	นาย ค	45	มีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม	58	ลำบากในการเข้าสังคม

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ที่	ชื่อ	แรกรับไว้ดูแล		สิ้นสุดการดูแล 6 เดือน	
		คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
4	นาย ง	54	ลำบากในการเข้าสังคม	65	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคมประกอบอาชีพ
5	นาย จ	43	มีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม	62	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคมประกอบอาชีพ
6	นาย ฉ	35	สูญเสียความสามารถด้านต่างๆหลายด้าน	48	มีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม
7	นาย ช	54	ลำบากในการเข้าสังคม	63	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคมประกอบอาชีพ
8	นาย ญ	58	ลำบากในการเข้าสังคม	84	เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตทั่วไป
9	นาย ฎ	53	ลำบากในการเข้าสังคม	64	มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคมประกอบอาชีพ
10	นาย ฐ	44	มีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม	58	ลำบากในการเข้าสังคม

วิจารณ์

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนการทดลองเท่ากับ 57.2(±7.56) และหลังการทดลองเท่ากับ 37.2 (±3.67) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า หลังการทดลองอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 49.2(±7.03) และหลังการทดลองเท่ากับ 64.5(±9.82) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า หลังการทดลองความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้เนื่องมาจากการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ทำให้อาการทางจิตทุเลาและมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ทัดศรี[9] พบว่าหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยทุกคนมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นและมีคะแนนอาการทางจิตลดลง ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และกิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิวัฒนะ[7] ที่พบว่าการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองอยู่ในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือนทุกคนส่วนกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายตั้งแต่ระยะเวลา 1-5 เดือนเป็นจำนวน 11 คน และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้มากกว่า 6 เดือนเพียง 4 คนผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F=170.201, p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เหมะรัต และคณะ[10] พบว่าการจัดการรายกรณีทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

และการศึกษาของจลี เจริญสรรพ์ และนพรัตน์ ไชยชำนิ[6] พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีทำหน้าที่ทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนในชุมชน

2. ควรศึกษาอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนในระยะเวลาต่อเนื่อง

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนและการดูแลแบบอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา คุณสุณี อาวรณ์ และคุณวรสุดา ทองรักษ์ ที่เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำในการทำวิจัยจนสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้ป่วยและญาติที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสียงล้ำ, วีร์ เมฆวิลัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: พิมพ์ที่บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด; 2560.
2. มันฑนา กิตติพีรชล, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, วีร์ เมฆวิลัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: พิมพ์ที่บริษัทวิคทอเรียอิมเมจ จำกัด; 2560.
3. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ชลลดา จารุศิริชัยกุล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัทพรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2561.
4. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. รายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิต. ประจำปี 2560-2562.
5. วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรากร, วีรพล อุณหรัศมี. ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2561;5(2):5-18.
6. จลี เจริญสรรพ์, นพรัตน์ ไชยชำนิ. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(2):64-77.
7. กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิวัฒนะ. ผลการจัดการรายกรณี : แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์บุรีรัมย์. 2559;31(2):111–9.
8. นุษณี เอี่ยมสอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(1):10-22.
9. วันเพ็ญ ทัดศรี. การใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์. 2553;25(2):173-84.
10. กาญจนา เหมะรัต, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, อุ่นจิตร์ คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2555;26(2):63-73.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ
Development of a District Health Board Operational Model at Srisomdet District

มานะ ศิริเลี้ยง*
Mana Siriliang
Corresponding author: E-mail: mansiri101@gmail.com
(Received: September 2, 2024; Revised: September 10, 2024; Accepted: October 10, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และทำการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ ประกอบด้วย 1) การศึกษาบริบทสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน 2) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบลระดับหมู่บ้าน 3) การกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของแต่ละตำบล 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามรูปแบบในการดำเนินงานโครงการแต่ละประเด็น ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพความรู้คณะทำงาน แกนนำ เครือข่าย และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยองค์ประกอบ UCCARE

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ จะต้องมีการดำเนินงานด้วยการมีส่วนร่วมและความร่วมมือที่ดีจากคณะกรรมในทุกระดับ และต้องมีการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานแกนนำ และเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : พชอ.; การพัฒนาคุณภาพชีวิต; รูปแบบ พชอ.

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหาร

Abstract

Purposes : To study the operating model and evaluate the health board operation model at Srisomdet District, Roi Et Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : This research applied the Kemmis and McTaggart concept which consists of 4 steps: 1 Planning 2) Action 3) Observation and 4) Reflection. To be used in developing a model for implementing projects that are problematic in the area. Data were collected using a questionnaire developed through a workshop process and analyse data by using descriptive statistics and content analysis.

Main findings : The development of health board model for improving the quality of life in Srisomdet District consists of 1) Studying the context situation of the community 2) Establishment of a district level of health board development committee Sub-district level and village level 3) Setting up meetings to determine annual development issues and cooperation agreement (MOU) 4) Driving operations in the area according to the model for implementing each project, including developing the knowledge potential of working groups, leaders, and networks, and 5) Continuously monitoring the results of operations, exchange knowledge and evaluated with UCCARE.

Conclusion and recommendations : Development of operating models to improve quality of life It must be developed by creating community participation to manage the problem in area. To Promoting continuous knowledge in every level people. If operations of the model are continuously, it will cause a comprehensive and truly beneficial for the people in the area.

Keywords : Quality of life; Development of quality of life; Model of quality of life

*Registered Public Health Technical Officer Professional Level, Changhan District Health Office.

บทนำ

ประเทศไทยได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ส่งผลทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการจัดการสุขภาวะทางด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลในด้านสุขภาพของประชาชน จึงได้มีการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพในอำเภอ (พชอ.) ผ่านกลไกเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) เพื่อจะทำหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยการเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของ และภาวการณ์นำร่วมกัน ประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน[1] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญและมีการเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นต้นมา โดยการสร้างพื้นที่นำร่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 73 อำเภอ ปี พ.ศ.2560 ทำการขยายผลเป็น 200 อำเภอ ปี พ.ศ.2561 ทำการขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็น 400 อำเภอ และในปี พ.ศ.2562 มีการดำเนินการขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอจำนวน 878 อำเภอมาจนถึงปัจจุบัน โดยเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีรูปแบบของการดำเนินงานที่เป็นคณะกรรมการที่ชัดเจน บูรณาการการดำเนินงานผ่านกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน มีนายอำเภอ เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ประชาชน/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ ร่วมเป็นคณะกรรมการ โดยร่วมกันแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่ของตนเอง ซึ่งเรียกว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)[2]

จากการศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอดุลย์ บำรุง[2] พบว่าปัจจัยในการดำเนินงาน พชอ. ที่สำเร็จ คือ การที่ผู้นำสุขภาพทำงานด้านชุมชนมายาวนานและต่อเนื่อง การมีนโยบายที่เอื้อต่อการทำงานทั้งระดับ ของส่วนกลางและองค์กรมีระบบสนับสนุนทั้งในส่วนของงบประมาณ กำลังคนและอุปกรณ์สนับสนุน การทำงาน แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ อปท. สาธารณสุขชุมชน วัด โรงเรียน ครอบครัว แกนนำ โรงงานอุตสาหกรรม ภาคเอกชนและเครือข่ายต่าง ๆ มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ร่วมคิดร่วมทำอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนโดยผ่านเวทีการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการจัดเวทีวิชาการและรณรงค์เป็นประจำทุกปี และมีการพัฒนาทักษะบุคลากร มีการชื่นชมบุคลากรต้นแบบอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของปัญญา พละศักดิ์[3] พบว่าปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงาน พชอ. คือ การเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ และประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลายทำให้ง่ายต่อการพัฒนา และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการประชุมทบทวนประเด็นพัฒนา คืนข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ นอกจากนั้นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้มีการศึกษาในอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ[4] โดยพบว่ามีงบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินงาน บุคลากรไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของการเป็นคณะกรรมการ พชอ. หัวหน้าส่วนราชการมีการโยกย้ายบ่อย ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การคัดเลือกบุคคลและการกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่เหมาะสมกับงาน และ ขาดการส่งเสริมศักยภาพในการทำงานของบุคลากร เช่น ทักษะในการค้นหาปัญหา ทักษะการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทักษะการประเมินผลการทำงานและการถอดบทเรียน จากการศึกษาของมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ดีวิถีไทย[5] พบว่า ปัญหาในการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ คือ ความแตกต่างและความหลากหลาย

ของรูปแบบในการปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ ขาดการสื่อสารนโยบายที่ไปไม่ถึงในระดับพื้นที่ ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ และการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย

อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เริ่มการขับเคลื่อนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ภายใต้วิสัยทัศน์ “คนศรีสมเด็จคุณภาพชีวิตดี ด้วยพลังสามัคคีของเครือข่าย” โดยในปี พ.ศ. 2566 มีการขับเคลื่อน พชอ.ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 2) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง) 3) พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 4) ไข้เลือดออก 5) ยาเสพติด และ 6) การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบผลลัพธ์ของการดำเนินงานไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้เท่าที่ควร หรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิมจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จเพื่อเป็นการหาแนวทางในการพัฒนาให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพดีขึ้นในบริบทของพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดและสามารถเป็นแบบอย่างให้กับพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปในด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ Action Research ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งประยุกต์มาจากการศึกษาของของปัญญา พละศักดิ์[3] โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จำนวน 65 คน โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้วยการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ เป็นระยะของการวางแผนกระบวนการในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ การศึกษาและทบทวนงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ทำการศึกษาข้อมูลบริบทสถานการณ์การดำเนินงานในพื้นที่ การออกแบบเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย การจัดทำแผนงานการดำเนินงานวิจัย การประสานงานและการนำเสนอโครงการการวิจัยแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ เป็นขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ

(Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการการวางแผนการดำเนินงานวิจัยในด้านการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการศึกษาผลลัพธ์รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทำการทำการประสานงานเพื่อทำการประชุมชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การออกแบบเครื่องมือ การนำเสนอเครื่องมือที่ใช้ต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือ และการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง

2) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ได้แก่ การจัดประชุมเพื่อชี้แจงโครงการการวิจัยกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง การดำเนินงานเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

3) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observe) เป็นการสังเกตทุกกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกับการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

4) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflect) เป็นขั้นตอนของการประเมิน ติดตาม และสรุปผล เพื่อวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น เพื่อนำผลการดำเนินการที่ได้สู่การพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขใหม่ต่อไป และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยสำเร็จ

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผลวิจัย เป็นการสรุปติดตามและประเมินผลในการการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จตามแนวทางการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยองค์ประกอบ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข และการสะท้อนข้อมูลต่อการพัฒนาในวงจรต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 120 คน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

2. กลุ่มตัวอย่าง ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด 65 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1 เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ

1.2 เป็นคณะทำงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบลในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ

1.3 เป็นคณะกรรมการ พชอ.หรือคณะทำงานมากกว่าเท่ากับ 6 เดือนขึ้นไป

1.4 ยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

2.1 ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

2.2 ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จมาจาก โดยประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 คือ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทหน้าที่หลักในชุมชน ระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชน การมีโรคประจำตัว

2) ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาของนิสา ปัญญา[7] ปี พ.ศ.2564 โดยการแสดงความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) บริบท บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 11 ข้อ 2) ปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ จำนวน 5 ข้อ และ 3) กระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ จำนวน 5 ข้อ

3) ส่วนที่ 3 คือ ผลการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ โดยเป็นการให้คะแนนตามระดับ 1-5 ตามเกณฑ์การประเมินของ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2561 ซึ่งประกอบด้วยการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงาน 6 ด้าน คือ 1) การทำงานเป็นทีม (Unity team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โดยแบบสอบถามที่ทำการพัฒนาขึ้น มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

1. การประชุมและประสานงาน เพื่อชี้แจงแนวทางและแผนการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ โดยการวางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน

2. การจัดเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และจัดเก็บข้อมูล เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกัน โดยการมอบหมายหน้าที่ในการรับผิดชอบงาน และการลงปฏิบัติการดำเนินงานในพื้นที่

3. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จด้วยการประเมินโดยใช้ UCCARE

4. การสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ เพื่อสรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแผนพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 15 กันยายน 2566 หมายเลขรับรอง COE 1002566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยสรุปตามกระบวนการดำเนินวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีผลการศึกษาในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ มีดังต่อไปนี้

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ดังนี้ เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.92 อายุเฉลี่ย 53.91±6.67 ปี มีสถานภาพแต่งงาน/สมรส เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.08 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.62 ประกอบอาชีพรับราชการส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.54 บทบาทหน้าที่หลักในชุมชนส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 27.69 มีระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชนเฉลี่ย 7.75±5.55 ปี และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.31 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 65)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	28(43.08)
หญิง	37(56.92)
อายุเฉลี่ย	53.91±6.67
สถานภาพ	
โสด	19(29.23)
แต่งงาน/สมรส	41(63.08)
หม้าย	3(4.62)
หย่า/แยก	2(3.08)
การศึกษา	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4(6.15)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11(16.92)
อนุปริญญา/ปวส.	8(12.31)
ปริญญาตรี	42(64.62)
อาชีพ	
เกษตรกร	9(13.85)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11(16.92)
รับราชการ	39 (60.00)
รับจ้างทั่วไป	6 (9.23)
รายได้กับรายจ่ายของครอบครัวมีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่	
เพียงพอ	25 (38.46)
ไม่เพียงพอ	40 (61.54)
บทบาทหน้าที่หลักในชุมชน	
ผู้บริหารท้องถิ่นและข้าราชการ	10(15.38)
สมาชิกสภาท้องถิ่น	8(12.31)
พัฒนาการตำบล	3(4.62)
ผู้นำชุมชน	8(12.31)
ผู้นำทางศาสนา	5(7.69)
ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูอนามัย	13(20.00)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	18(27.69)
ระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชน	7.75±5.55

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(ร้อยละ)
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	
มี	47(72.31)
ไม่มี	18(27.69)

1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ด้านที่ 1 คือ ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ พบว่า บทบาทหน้าที่ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านสุขภาพหรือด้านสาธารณสุข มีมากที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ย 4.42±0.61 ด้านที่ 2 คือ ด้านการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ พบว่า การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ มีการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนต่อคณะกรรมการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ย 4.28±0.57 และด้านที่ 3 คือ ด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ พบว่า การมีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จมีมากที่สุด คือ มีค่าเฉลี่ย 4.42±0.56 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ (n=65)

ข้อคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ						
1. มีส่วนร่วมในการพิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์และร่วมกำหนดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	27 (41.54)	36 (55.38)	2 (3.08)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.94±0.83
2. มีส่วนร่วมให้ข้อมูลสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	16 (24.62)	32 (49.23)	15 (23.08)	1 (1.54)	1 (1.54)	4.38±0.55
3. มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข	23 (35.38)	38 (58.46)	4 (6.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.29±0.58
4. มีส่วนร่วมในการเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	27 (41.54)	32 (49.23)	6 (9.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.32±0.64

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
5. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้มีกลไกในการทำงานในระดับพื้นที่ และให้การประกันคุณภาพในการดำเนินงาน	29 (44.61)	30 (46.15)	6 (9.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.35±0.65
6. มีส่วนร่วมในการรับฟังข้อร้องเรียนปัญหาทางด้านสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	19 (29.23)	33 (50.77)	9 (13.85)	3 (4.62)	1 (1.54)	4.02±0.87
7. มีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านสุขภาพหรือ ด้านสาธารณสุข	31 (47.69)	30 (46.15)	4 (6.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.42±0.61
8. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	23 (35.38)	35 (53.85)	7 (10.77)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.25±0.64
9. มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำข้อมูลทางสุขภาพในพื้นที่	23 (35.38)	34 (52.31)	8 (12.31)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.23±0.66
10. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ	26 (40.00)	36 (55.38)	3 (4.62)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.35±0.57
11. มีส่วนร่วมในการแต่งตั้งคณทำงานเพื่อดำเนินงานในพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่	24 (36.92)	36 (55.38)	5 (7.69)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.29±0.61
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ						
12. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ มีการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนต่อคณะกรรมการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	22 (33.85)	39 (60.00)	4 (6.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.28±0.57

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
13. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ มีบุคลากรที่เป็นคณะทำงานที่เพียงพอ	21 (32.31)	38 (58.46)	6 (9.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.23±0.61
14. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอ	14 (21.54)	40 (61.54)	9 (13.85)	2 (3.08)	0 (0.00)	4.02±0.70
15. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จมีองค์ความรู้ ได้แก่ คู่มือ หลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และมีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน ครบถ้วน	24 (36.92)	33 (50.77)	8 (12.31)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.25±0.66
16. มีการใช้เทคโนโลยีที่เอื้อต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	21 (32.31)	29 (44.62)	13 (20.00)	2 (3.08)	0 (0.00)	4.06±0.81
กระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ						
17. มีการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการและคณะทำงานในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จที่เหมาะสมและเพียงพอ	19 (29.23)	31 (47.69)	11 (16.92)	4 (6.15)	0 (0.00)	4.00±0.85
18. มีแผนและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	29 (44.62)	34 (52.31)	2 (3.07)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.42±0.56
19. มีการนิเทศ ติดตามก้าวหน้าในการดำเนินงานหรือการเยี่ยมเพื่อเสริมพลังในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	26 (40.00)	37 (56.92)	1 (1.54)	0 (0.00)	1 (1.54)	4.34±0.67

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการมีส่วนร่วม					Mean±SD.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
20. มีการสรุปและประเมินผลในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	13 (20.00)	29 (44.62)	12 (18.46)	7 (10.77)	4 (6.15)	3.62±1.11
21. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสมเด็จ	16 (24.62)	29 (44.62)	7 (10.77)	10 (15.38)	3 (4.62)	3.69±1.14

2. สรุปผลการศึกษาระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ เป็นขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังต่อไปนี้

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การศึกษาบริบทสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน ได้แก่ ที่ตั้ง ลักษณะการปกครองโดยธรรมชาติ ลักษณะกลุ่มวัยของประชากร ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลักและอาชีพเสริมในพื้นที่ เพื่อเป็นการศึกษาถึงบริบทปัญหา ทรัพยากรที่จะจัดการปัญหาในพื้นที่นั้น ๆ ดังสรุปข้อมูลในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) สรุปผลการดำเนินงานได้ดังต่อไปนี้

- การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 8 ตำบล คณะทำงานระดับหมู่บ้าน จำนวน 83 หมู่บ้าน โดยมีคณะกรรมการระดับอำเภอ จำนวน 21 คน มีคณะทำงานจำนวน 99 คน จำนวนรวมทั้งหมด 120 คน เพื่อการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกันทุกภาคส่วน

- มีการกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของอำเภอร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลประจำปี

- การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามประเด็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปี 2566-2567 ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 2) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง) 3) พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 4) ไข้เลือดออก 5) ยาเสพติด และ 6) การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตในการดำเนินงานในทุกกิจกรรมจากขั้นตอนที่ 2 ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในด้านการพัฒนารูปแบบการดำเนินการดังแสดงในตารางที่ 3

4) การสะท้อนผล (Reflection) ทำการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องรายเดือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน ซึ่งพบปัจจัยสำเร็จของการศึกษา

วิจัยในครั้งนี้ คือ การมีความร่วมมือที่ดีจากคณะกรรมการในทุกระดับในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดี แต่ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ได้แก่ องค์ความรู้ในการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมในภาคส่วนของคณะกรรมการดำเนินงาน ประชาชน และชุม ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาในด้านนี้อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 แสดงการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จแยกตามโครงการ

โครงการ	การพัฒนารูปแบบการดำเนินการ
1. การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19	-การจัดตั้งคณะกรรมการและจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 -การกำหนดแนวทางทางการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงานทุกเดือน -การจัดทำสื่อและสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง -การสร้างการรับรู้ มุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน Universal prevention ในโรค Covid-19 และโรคอื่น ๆ ที่มีโอกาสระบาด -มาตรการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคระบาดในชุมชน -มาตรการการให้ความรู้ สุขศึกษานักเรียน -การฉีดวัคซีนป้องกันโรค Covid-19 และโรคอื่น ๆ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัด
2. คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง)	-การสร้างโอกาส สร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ได้แก่ การอบรมการสร้างอาชีพ -จัดทำโครงการถนนสายบุญด้วยพลังบวร เพื่อสมทบทุนเข้ากองทุนประจำอำเภอในการหารายได้เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เพื่อสงเคราะห์มอบปัจจัยดำรงชีพให้กับผู้ยากไร้ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส -การซ่อมแซมและมอบที่อยู่อาศัยให้กับผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้ -การสงเคราะห์ราษฎรที่ประสบอัคคีภัย
3. พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	-การสร้างการรับรู้และความตระหนักในโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการประชาสัมพันธ์ และจัดทำมหกรรมณรงค์ในพื้นที่ -การสร้างความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กและเยาวชน โดยการอบรม ประกวดโครงการและนิเทศติดตาม -มุ่งเน้นอาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจรับรองมาตรฐานในด้านการทำปลาส้ม ปลาร้าปลอดพยาธิใบไม้ตับ -การจัดทำทะเบียนสัตว์รังโรคปลอดพยาธิใบไม้ตับ -การตรวจคัดกรองและการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการทำ MOU กับมหาวิทยาลัยขอนแก่นและสำนักงานวิจัยแห่งชาติ เพื่อเป็นอำเภอต้นแบบแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเชิงบูรณาการ -การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูล

ตารางที่ 3 (ต่อ)

โครงการ	การพัฒนารูปแบบการดำเนินการ
4. ไข้เลือดออก	-การมีคณะทำงานระดับหมู่บ้านทุกแห่งเพื่อติดตามการระบาดของไข้เลือดออก ทุกฤดูกาล ในช่วงก่อนระบาด ช่วงระบาด และหลังระบาด -การอบรมและพัฒนาศักยภาพในกลุ่มประชาชน เครือข่ายและแกนนำ -ระบบการลงสอบสวนโรคให้รวดเร็วที่สุดเมื่อมีการระบาด และการควบคุมการระบาดของโรคด้วยมาตรการ 3-3-1 -การเฝ้าระวังรายเดือนในช่องทาง Application, Line gr. เพื่อสื่อสารและเฝ้าระวังในพื้นที่อย่างเข้มข้น -การติดตามการดำเนินการควบคุมการฉีดสารเคมี และการควบคุมการแพร่ระบาดในพื้นที่
5. ยาเสพติด	-การจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมพื้นที่ระดับ ตำบล -การจัดทำธรรมนูญตำบล และกติการะดับตำบลเพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขในระดับชุมชน -การค้นหาและคัดกรองผู้ติดยาเสพติด เพื่อส่งตัวในการเข้ารับการบำบัด -การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ -มาตรการการให้ความรู้ให้กับกลุ่มวัยทุกระดับ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ และการเฝ้าระวังในการใช้ยาเสพติด
6. การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม	-การทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันในการจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อมในระดับอำเภอ -การจัดให้มีถังขยะที่เพียงพอ และมีถังที่สามารถทิ้งขยะได้ถูกประเภท -การเร่งสร้างมาตรการความรู้ ความตระหนักให้กับชุมชน เพื่อการแยกขยะที่ถูกต้อง การจัดการขยะในครัวเรือน การจัดการด้านสิ่งปฏิกูล -การทำความเข้าใจ ขอความร่วมมือกับผู้ประกอบการในการทิ้งสิ่งปฏิกูลและกำหนดพื้นที่ที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ประกอบการเข้าใจและทำได้ถูกต้องถูกสุขอนามัย -การติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน

3. สรุปผลการดำเนินงานระยะที่ 3 ระยะศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จจังหวัดร้อยเอ็ดด้วยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่า ทั้ง 6 โครงการ ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 2) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง) 3) พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 4) ไข้เลือดออก 5) ยาเสพติด และ 6) การจัดการขยะสิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ทุกโครงการ คือ ผ่านร้อยละ 60 โดยโครงการที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด ได้แก่ การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19 คือ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ร้อยละ 76.67 และน้อยที่สุด คือ การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 66.67 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข

โครงการ พชอ.	ระดับคะแนนการประเมิน UCCARE						ผลการประเมิน (ผ่าน 60%)
	Unity team	Customer focus	Community Participation	Appreciation	Resource sharing and human development	Essential care	
1. การป้องกันควบคุมการระบาด Covid-19	5	5	5	5	5	5	100% ผ่าน
2. การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง	5	4	4	4	3	3	76.67% ผ่าน
3. พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	5	3	4	4	3	3	73.33% ผ่าน
4. ไข้เลือดออก	5	3	4	4	3	3	73.33% ผ่าน
5. ยาเสพติด	5	3	4	3	3	3	70.00% ผ่าน
6. การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม	5	3	3	3	3	3	66.67% ผ่าน

วิจารณ์

การพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) บริบทบทบาทหน้าที่ 2) ปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) กระบวนการการดำเนินงานและผลลัพธ์การดำเนินงาน และ 4) การประเมินผลการดำเนินงานด้วย UCCARE ซึ่งในด้านบริบทบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ มุ่งเน้นในการมีส่วนร่วมในการร่วมกันกำหนดปัญหาสุขภาพหรือประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลสุขภาพ ร่วมเสนอแนวทางในการจัดการปัญหา ร่วมกันติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน การสนับสนุนให้เกิดกลไกในการทำงานในพื้นที่รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำและร่วมดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการวางแผน กระบวนการดำเนินงาน การจัดการแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินงานและการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานะ ภูมิพันธุ์[8] ที่พบว่าบริบทของการดำเนินงานพัฒนา

คุณภาพชีวิตมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน จะทำให้ชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สะท้อนปัญหาและคืนข้อมูลสถานะสุขาภาพให้ชุมชนรับทราบ การเกิดการแก้ไขปัญหาร่วมกันจะผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะขึ้น ในด้านปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่จะทำให้เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง คือ มีการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มีคณะทำงานที่เพียงพอ มีการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ มีองค์ความรู้ในการดำเนินงานที่ครอบคลุม และมีการใช้เทคโนโลยีที่เอื้อต่อการดำเนินงาน และในด้านกระบวนการดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ การมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน การนิเทศติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่สม่ำเสมอ รวมถึงการเยี่ยมเสริมพลัง การสรุปผลและการประเมินผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจะช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ[9] ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน ปัจจัยด้านการวางแผนในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านการบริการจัดการด้านกำลังคน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยด้านการวางแผนการดำเนินงาน และการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้กับคณะกรรมการและชุมชนจะสนับสนุนให้เกิดการร่วมมือในการทำงานระหว่างภาคส่วน ๆ ให้มีมากขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ มีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนเมื่อวิเคราะห์รูปแบบของการดำเนินงานตามโครงการที่เป็นประเด็นปัญหา ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท สถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน 2) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 8 ตำบล คณะทำงานระดับหมู่บ้าน 3) การกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของแต่ละตำบล 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามรูปแบบในการดำเนินงานโครงการแต่ละประเด็น ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพความรู้คณะทำงาน แกนนำ เครือข่าย และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา พละศักดิ์[3] ที่พบว่ารูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาพส่วนภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานงาน ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหาและร่วมรับประโยชน์ มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์ปัญหาและคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน การนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการวางแผนดำเนินงานร่วมกัน การทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ มีการคืนข้อมูลและติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง โดยเมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จในแต่ละโครงการที่เป็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน การกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน การจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้กับประชาชน เครือข่ายและแกนนำ การติดตามผลการดำเนินงาน โดยไม่ได้กล่าวถึง คือ ควรมีการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพิ่มเติมตามข้อเสนอจากการศึกษาของกานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์[10] คือ ควรมีการกำหนดคุณลักษณะและคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคุณลักษณะคณะอนุกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เหมาะสม โดยต้องมีความสมัครใจ จิตอาสา เสียสละ กล้าแสดงความคิดเห็น มีอำนาจในการตัดสินใจ เข้าใจในบทบาทการทำงานและยินดีที่จะเข้าร่วมในการทำงาน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นจากการศึกษาของรัชนีวิภา จิตรากุล และคณะ[11] จะต้องมีการพัฒนาในการดำเนินงานในด้านความร่วมมือจากประชาชนในระดับครัวเรือนและระดับบุคคลให้มีความเพียงพอ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ในด้านผลการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดด้วยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ UCCARE ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวิเคราะห์ผลการประเมินทั้ง 6 โครงการ พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 60 ทุกโครงการ แต่มี 5 โครงการ ซึ่งได้แก่ 1) คนศรีสมเด็จไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง) 2) พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3) ไข้เลือดออก 4) ยาเสพติด และ 5) การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูลและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลการประเมินที่ต่ำกว่าระดับ 4 ซึ่งในการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามกระบวนการ UCCARE ไปใช้ในระดับพื้นที่ซึ่งเสนอโดยณภัทร สิทธิศักดิ์[12] ในด้านแนวทางการประเมินระดับ 4 ให้ผ่านเกณฑ์จะต้องมุ่งเน้นในการเกิดกระบวนการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตรงเป้าหมายหรือไม่มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่ และมีการบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่ และแนวทางการประเมินระดับ 5 ให้ผ่านเกณฑ์ จะมุ่งเน้นในการเกิดการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและตอบสนองต่อเป้าหมายและพันธกิจขององค์กร ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้าหมายแผนปฏิบัติการ การวัดและปรับแผนปฏิบัติการความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้องและความสอดคล้องกับเป้าหมาย และผลลัพธ์ของการประเมิน UCCARE ของทั้ง 6 โครงการอยู่ในระดับ 3-4 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉนัด ใบยา และยุพิน แตงอ่อน[13] ที่พบว่าผลการเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ในจังหวัดน่านส่วนใหญ่มีค่าฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 และเมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของ UCCARE พบว่าองค์ประกอบด้านการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)และการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential care) อยู่ในระดับ 3 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งควรจะมีการพัฒนาในด้านศักยภาพของบุคลากรทั้งคณะกรรมการและประชาชนที่เกี่ยวข้องให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรชาติ จำเริญพัฒน์[14] ที่พบว่า มาตรการในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรในส่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะต้องทำการเสริมสร้างศักยภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน รวมถึงมีการประเมินในด้านความรู้ของคณะกรรมการร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธชัย มาลัย[15] ที่พบว่า ในด้านการแบ่งปันและสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน ควรมีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ และในด้าน Essential care ควรมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นในการเลือกประเด็นสุขภาพซึ่งประกอบด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อโดยมีการเลือกประเด็นที่หลากหลายและมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองปัญหาของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง นอกจากนั้นต้องมีพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกระดับเพื่อให้มีความรอบรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ แต่ทั้งนี้การใช้เครื่องมือ UCCARE ควรมีการออกแบบและปรับการประเมินให้เหมาะสมกับพื้นที่นั้น ๆ เนื่องจากอาจจะไม่สามารถระบุระดับการพัฒนาของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากความเข้าใจและการแปลความหมายที่แตกต่างกัน

สรุป การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จ ประกอบด้วย 1) การศึกษาบริบทสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของชุมชน 2) การจัดตั้งคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบลระดับหมู่บ้าน 3) การกำหนดการประชุมกำหนดประเด็นการพัฒนาประจำปี การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อขับเคลื่อนงานตามประเด็นของแต่ละตำบล 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตามรูปแบบในการดำเนินงานโครงการแต่ละประเด็น ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพความรู้คณะทำงาน แกนนำ เครือข่าย และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกเดือน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน และมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้วยองค์ประกอบ UCCARE ซึ่งหากมีการดำเนินงานตามรูปแบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในครั้งนี้ ยังขาดการศึกษาในด้านปัจจัยของปัญหาที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาในครั้งนี้ ยังขาดการศึกษาในด้านปัญหาที่พบจากการประเมินโครงการด้วย UCCARE ซึ่งควรมีการศึกษาประเด็นนี้เพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแต่ละโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอศรีสมเด็จ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอศรีสมเด็จทุกท่านที่ได้ร่วมกันในการนำเสนอแลกเปลี่ยนแนวคิดความคิดเห็น เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีสมเด็จให้สำเร็จลุล่วง ไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). พลังคน พชอ.สร้างอำเภอสุขใจ คนไทยใส่ใจดูแลกัน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihealth.or.th/พลังคน-พชอ-สร้างอำเภอส/.
2. อดุลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(1):87-101.
3. ปัญญา พละศักดิ์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(2):40-53.
4. ศักดินันท์ ดวงตา. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detauk&sid=203.
5. มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ดีวิถีไทย. บทเรียน พชอ.การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: นนทบุรี; 2563.
6. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
7. นิสา ปัญญา. การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส้มป่อย อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
8. มานะ ภูมิพันธุ์. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีศึกษา : อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม. 2564;5(9):140-53.
9. อรรถวิทย์ วงศ์มณี, กิตติ เหลาสุภาพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):169-83.

10. กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์. รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
11. รัชนีวิภา จิตรากุล, วงศา เล้าหศิริวงศ์, รังสรรค์ สิงหเลิศ. การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วารสารช่อพะยอม. 2558;26(2):195-208.
12. ณภัทร สิทธิศักดิ์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การนำ UCCARE ไปใช้ในระดับพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/index.php?option=com_attachments&task=download&id=335.
13. ถนัด ใบยา, ยุพิน แตงอ่อน. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2565;18(1):59-68.
14. วรชาติ จำเริญพัฒน์. ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(1):179-92.
15. พุทธชัย มาลัย. โครงการการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/0cd32a7eccf2dfd75d25d8bebb10f612.pdf.

การพัฒนาระบบตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

The Development of Work Efficiency System Five-dimensional Electronic Internal Audit System in Finance On Health Network, Mukdahan Province

สุปรานี พรพิริยะศานติ*
Supranee Phonphiriyasanti
Corresponding author: E-mail: supranee_9109@windowslive.com
(Received: September 4, 2024; Revised: September 12, 2024; Accepted: October 12, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินประสิทธิภาพระบบการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานทางการเงินของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งการดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach)

วัสดุและวิธีการวิจัย : เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่ม คือผู้บริหารโรงพยาบาล หรือหัวหน้าฝ่ายบริหารโรงพยาบาลหรือหัวหน้างานการเงิน จำนวน 15 คน ผู้รับผิดชอบงานการเงิน และผู้ปฏิบัติการตรวจสอบการจัดทำรายงานทางการเงิน 7 คน และ ผู้ร่วมวิจัยได้แก่ เจ้าหน้าที่พัสดุ 20 คน โดยใช้แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม แบบประเมินรายงานทางการเงิน และแบบประเมินการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของการดำเนินงานการควบคุมภายในด้านการเงินก่อนและหลังการพัฒนาฯ โดยใช้สถิติ Percentage differences

ผลการวิจัย : 1) พบปัญหาทั้งเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับรายงานทางการเงิน เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของงาน และความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน การหมุนเวียนของผู้ปฏิบัติงานที่มีอัตราสูง การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และความเข้าใจของผู้บริหารต่อระบบและการจัดทำบัญชี 2) ระบบตรวจสอบภายในครั้งนี้ประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา (2) การประชุมชี้แจง/ทำความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการตรวจสอบ (3) คืนข้อมูลและสรุปร่วมกันโดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้รวบรวม และเรียบเรียงสิ่งที่ได้ในแต่ละเรื่องที่ได้ตรวจสอบตามแนวทางที่กำหนด และ (4) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปร่วมกัน และ 3) ประสิทธิภาพของรายงานความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยงานในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 18.10

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการพัฒนาครั้งนี้ส่งผลให้เครือข่ายสุขภาพรายงานความเสี่ยงทางการเงินมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรนำระบบดังกล่าวนำมาใช้กับเครือข่ายสุขภาพทุกแห่ง

คำสำคัญ : ตรวจสอบภายใน; ระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ; ประสิทธิภาพการเงินการคลัง

*นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

Abstract

Purposes : To analyze the current situation, develop a system, and assess the effectiveness of a monitoring system to improve financial reporting efficiency within the Mukdahan Provincial Health Network.

Study design : This is an action research study, employing a mutual collaboration approach.

Materials and Methods : Data were collected from three key groups of informants: 15 hospital administrators or heads of finance departments, 7 financial officers responsible for the preparation of financial reports and audits, and 28 procurement officers. The research instruments included group discussion guidelines, financial report evaluation forms, and assessments of financial efficiency across five dimensions. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis. Additionally, percentage differences were used to compare pre- and post-development outcomes of internal financial control operations.

Main findings : 1) Issues identified were both system-related, such as the tools used affecting the accuracy and completeness of financial reporting, and personnel-related, such as limited knowledge among staff, high staff turnover rates, communication gaps between personnel and other relevant departments, and limited understanding of the financial reporting process among management. 2) The internal audit system developed in this study involved four steps: (1) problem analysis, (2) meetings to clarify the audit framework and methods, (3) feedback sessions where the team leader summarized findings from each audit following prescribed guidelines, and (4) joint summary and review of all findings, and 3) Overall, the financial risk reporting efficiency in the Mukdahan Provincial Health Network improved by 18.10%.

Conclusion and recommendations : The development process led to enhanced quality in the financial risk reporting of the health network.

Keywords: Internal audit; 5-dimensional electronic system; Financial efficiency.

* Finance and Accounting Technical Officer, Professional Level; Mukdahan Provincial PublicHealth Office

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดทั่วประเทศไทยจำนวน 908 แห่ง จัดระบบบริการภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้และจัดให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนำไปบริหารจัดการ ประกอบกับวิธีการจัดงบประมาณแนวใหม่ที่ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิประชาชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดงบประมาณอิงผลลัพธ์ (Result-base budgeting our) แตกต่างไปจากงบประมาณในอดีตที่อิงกับปัจจัยนำเข้า (Input-base budgeting) ในขณะเดียวกันก็เป็นการกระจายความเสี่ยงในการบริหารงบประมาณให้แก่หน่วยบริการระดับพื้นที่อีกด้วย[1-2]

สำนักงานหลักประกัน กระทรวงสาธารณสุขได้วางกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย โดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals SDGs by 2030) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จะเป็นเป้าหมายและกรอบแนวทางการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัดและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในระยะ 20 ปี ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศเพื่อบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ประเทศพัฒนาแล้วอย่างมั่งคั่งมั่นคงและยั่งยืนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง[3]

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 13 ดำเนินงานตามโครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนในการสนับสนุนหน่วยบริการ รวมทั้งกำหนดเป็นตัวชี้วัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน เป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 8 ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดจึงมีการดำเนินการในเรื่องพัฒนาวางระบบ และกำหนดแนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพตลอดจนพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง 5 มาตรการคือ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Efficient Management) และการติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน และวางระบบเฝ้าระวัง[3]

การประเมินผลภายหลังจากสำนักงานปลัดกระทรวงมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพด้วย 5 มาตรการ และ 10 เครื่องมือที่ทำให้สถานการณ์ความเสี่ยงในด้านการเงินของหน่วยบริการดีขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2565 พบว่า พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 11 ปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 9 และปี พ.ศ.2563 คิดเป็นร้อยละ 4 ปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 1 และปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 0 และแนวโน้มร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 0-3 ซึ่งเป็นระดับที่สถานการณ์ทางการเงินอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ คือ พ.ศ.2561 คิดเป็นร้อยละ 28 ปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 28 และปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 45 ปี

พ.ศ.2564 คิดเป็นร้อยละ 57 และปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 85[3] เช่นเดียวกับสถานการณ์ของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินในจังหวัดมุกดาหารตั้งแต่ปี พ.ศ.ตั้งแต่ พ.ศ.2561-2566 พบว่า การวิเคราะห์รายการทางบัญชีที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีผลให้การบันทึกบัญชี ไม่เป็นไปตามนโยบายบัญชี และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่นการบันทึกบัญชีเจ้าหนี้บันทึกตามวันตรวจรับในเอกสารชุดจัดซื้อจัดจ้างแต่ในความเป็นจริงมีการนำของเข้าคลังก่อนและมีการใช้ของในคลังหรือมีการบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิ UC แต่เมื่อมีการตรวจสอบสิทธิก่อนการเคลมของศูนย์เคลมพบว่าให้สิทธิค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง แต่ไม่มีการแจ้งการเปลี่ยนสิทธิให้นักบัญชี หรือทะเบียนคุมสินทรัพย์ที่มีอยู่ในความเป็นจริงอาจไม่มีตัวตนของสินทรัพย์รายการนั้นแล้วหรือมีการบันทึกบัญชีรายการสินทรัพย์ไม่ครบถ้วนบันทึกราคาไม่ตรงกับทะเบียนสินทรัพย์มีการกำหนดอายุการใช้งานไม่ตรงกับนโยบายบัญชีที่กำหนดอายุการใช้งานและรายงานผลการตรวจสอบพัสดุประจำปีล่าช้ากว่าระเบียบกำหนด การวิเคราะห์รายการบัญชีค่ารักษาพยาบาลไม่ตรงกับสิทธิค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับเงิน การไม่ปรับปรุงรายการบัญชีค้างรับค้างจ่ายบัญชี ณ วันสิ้นเดือน ทำให้รายงานทางการเงินที่เกิดขึ้นไม่สะท้อนความเป็นจริง และทำให้รายงานทางการเงินระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินไม่รับรองรายงานทางการเงิน[4]

นอกจากนั้นยังพบผลจากรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบที่ 1/2566 หัวข้อการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพจังหวัดมุกดาหารยังพบว่า ประสิทธิภาพการบริหาการเงินการคลัง (Total Performance Score :TPS) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น มิติรายได้ มิติค่าใช้จ่าย ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค่ายา เวชภัณฑ์มิใช่ยา ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC< 60 วัน ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียบเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤60 วัน อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน ≥80% Sum of Adj RW เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล หรือเพิ่มขึ้น 5% ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และอัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์[4]

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าจากผลการประเมินวิกฤตทางการเงิน (Risk Score) ปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2565 พบว่า โรงพยาบาลที่มีวิกฤตทางการเงินระดับ 4-6 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้นพบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานที่ด้อยประสิทธิภาพ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาการจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพของหน่วยบริการแต่ละแห่ง ซึ่งคาดการณ์ว่าอาจจะประสบปัญหาด้านการเงินการคลังในโอกาสถัดไปภายใน 6 เดือน ถ้าหากไม่มีการดำเนินการอย่างไรอย่างหนึ่งก็คาดได้ว่าจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตการเงินระดับ 7 ได้ ที่ผ่านมาจะเห็นว่าหน่วยบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินรุนแรงระดับ 7 ในหลายแห่ง และส่วนใหญ่ร้อยละ 96.0 ของโรงพยาบาลที่ขาดทุนและประสบปัญหาวิกฤตการเงินเป็นโรงพยาบาลชุมชน ประเด็นดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงสาเหตุของภาวะวิกฤตทางการเงิน จึงนับได้ว่าการบริหารการเงินการคลังนับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนที่มีฐานะแตกต่างกัน ในสังคมไทยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทำให้บริการสุขภาพที่จำเป็น[2]

แนวทางการแก้ไขปัญหาข้างต้นหน่วยงานสาธารณสุขจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงินการคลังทางสุขภาพ ทั้งนี้รายงานทางการเงินของเครือข่ายสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการดังกล่าว โดยเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านการเงิน มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล มิติด้านงบการเงิน มิติด้านบริหารพัสดุ และมิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง โดยการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ดังนั้น การกำหนดระดับความรู้ความสามารถทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์สำหรับบุคลากรในตำแหน่งต่างๆ ว่าควรอยู่ในระดับใด เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาบรรจุแต่งตั้งบุคลากรให้เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงาน

บรรลุผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือสำคัญก็คือการจัดทำเอกสารบรรยายลักษณะงาน (Job Description) จากการทบทวนเอกสารที่ผ่านมาพบว่า ประสิทธิภาพทางการเงินด้านความสามารถในการทำกำไรความสัมพันธ์ต่อภาวะวิกฤติทางการเงิน[5]; แนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังขึ้นโดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบการตรวจสอบการเงิน การคลัง กำกับติดตามและประเมินผล[1-2]

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ครอบคลุมทุกระบบในการบริหารการเงินการคลังและเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการที่จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดของรัฐฯ ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาระบบการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานทางการเงินของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นทั้งนี้เพื่อที่จะได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้ระบบการบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ อันจะก่อประโยชน์ให้กับประชาชนได้สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินประสิทธิภาพระบบการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานทางการเงินของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานทางการเงินของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 – เดือนมีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งการดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual action research: Action learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการตรวจสอบ เป็นวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 องค์ประกอบ คือ การสังเกต การสะท้อนคิด การวางแผนการปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย **1) การสังเกต** การสังเกตที่ดีต้องมีการเฝ้ามองดูว่าอะไรเกิดขึ้นและพรรณนาตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมข้อมูลในการสะท้อนคิด โดยการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง **2) การสะท้อนคิด** ขั้นตอนการสะท้อนคิดประกอบด้วย (1) ถอยกลับมาและสะท้อนคิดว่าเกิดอะไรขึ้น ให้เวลากับการเข้าร่วมและฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในส่วนที่มีมุมมองและการตีความที่ต่างกัน (2) พัฒนาความคิดต่างๆ หรือทฤษฎีเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น มีการระดมสมองโดยการพูดคุยกันการแลกเปลี่ยนกันอย่างลึกซึ้งและการนำสิ่งต่างๆ มาประติดประต่อกัน (3) การแลกเปลี่ยนความคิดต่างๆ กับผู้อื่นเกี่ยวกับการตีความและการให้ความหมาย ได้แก่ การเปรียบเทียบสิ่งที่เราสังเกตเห็นกับสิ่งที่ปรากฏ และ (4) คำว่า “แลกเปลี่ยน” หมายถึงการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการกระทำใหม่ ๆ อย่างไม่เป็นทางการ และความเข้าใจใหม่ ๆ ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และยังหมายถึง การแลกเปลี่ยนอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยด้วยคำถาม การปฏิบัติ และสิ่งค้นพบต่าง ๆ

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการกระทำใหม่ การแลกเปลี่ยนยังรวมถึงการรายงานวิจัยเพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณะ **การวางแผน** ประกอบด้วย (1) ตั้งคำถามที่จะต้องหาคำตอบให้ชัดเจน (2) ระบุกิจกรรมต่างๆ ที่ทดลอง และ (3) การพัฒนาแผนปฏิบัติการ **การลงมือปฏิบัติ** (Act) ประกอบด้วย(1) เป็นการทำตามที่วางแผนไว้อย่างเป็นระบบ (2) การสื่อสารกับผู้อื่นและเข้าร่วมในกระบวนการ และ (3) ติดตามสิ่งที่เกิดขึ้น และ **การแลกเปลี่ยน** (share) ประกอบด้วย (1) นำสิ่งที่ยังมีคำตอบไม่แน่นอนมาแลกเปลี่ยนในกลุ่ม และ (2) เชิญชวนคนอื่นๆ ให้สะท้อนคิดว่า แต่ละคนได้พบอะไรและ 3) กำหนดขอบเขตข้อสรุปของแต่ละคนและพิจารณาสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อวางแผนในวงจรต่อไป และระยะที่ 3 การประเมินผล

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร และโรงพยาบาลในสังกัด จำนวน 7 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือหัวหน้าฝ่ายบริหารโรงพยาบาลหรือหัวหน้างานการเงิน จำนวน 15 คน และ (2) ผู้รับผิดชอบงานการเงินในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร และผู้ปฏิบัติการตรวจสอบการจัดทำรายงานทางการเงินจากโรงพยาบาล จำนวน 7 คน และ 2) ผู้ร่วมวิจัยได้แก่ เจ้าหน้าที่พัสดุ จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ ระบบการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานทางการเงินของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม (2) แบบประเมินรายงานทางการเงิน และ (3) แบบประเมินการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 ด้าน โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ตอน คือ 1) ลักษณะทางประชากรเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานหน้าที่ ประสบการณ์ทำงาน ประสบการณ์ฝึกอบรม และประเภทของโรงพยาบาล 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 57 ข้อ มีข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ด้านบัญชีและงบการเงิน ด้านบริหารพัสดุ และด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง และ 3) ข้อเสนอแนะและแนวทางการเสริมสร้างประสิทธิภาพเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติงานระบบการตรวจสอบและรายงานทางการเงินตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา พบความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับด้วยการหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient method เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากรายงานทางการเงินตั้งแต่ พ.ศ.2564-2566 โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ 2) สัมภาษณ์ผู้จัดทำรายงานทางการเงินของโรงพยาบาล จำนวน 7 คน (ประกอบด้วยผู้จัดทำรายงานทางการเงิน และจ้าหน้าที่พัสดุ) โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับระบบการตรวจสอบและผู้จัดทำรายงานทางการเงิน 3) ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการตรวจและการจัดทำรายงานทางการเงินของผู้จัดทำรายงานทางการเงิน และจ้าหน้าที่พัสดุ จำนวน 35 คน และ 3) แนวทางการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ตรวจสอบและผู้จัดทำรายงานทางการเงิน และเจ้าหน้าที่พัสดุเพื่อศึกษา วิเคราะห์สภาพปัญหา ซึ่งประเด็นการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ คือ 1) บทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในผู้จัดทำรายงานทางการเงิน และเจ้าหน้าที่พัสดุ 2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการ

ปฏิบัติงาน และ 3) ระบบการจัดทำรายงานทางการเงิน และหน้าที่พัสดุ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการตรวจสอบ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน (Plan) ลงมือปฏิบัติ (Do) สังเกต (Check)และสะท้อน (Act) การปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินระบบการจัดทำรายงานทางการเงินไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติในเชิงระบบให้เป็นแนวทางเดียวกัน และการประเมินผลลัพธ์โดย 1) สังเกตการปฏิบัติงานตามระบบการจัดทำรายงานทางการเงิน 2) แบบสอบถามการดำเนินงานการควบคุมภายในด้านการเงิน และ 3) การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection: R) นำข้อมูลการประเมินผลมาสรุปและปรับปรุงเพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของการดำเนินงานการควบคุมภายในด้านการเงินก่อนและหลังการพัฒนาฯ โดยใช้สถิติ Percentage differences

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการและได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากการรวบรวมข้อมูลจากรายงานทางการเงินตั้งแต่ พ.ศ.2564-2566 ของหน่วยงานทั้ง 7 แห่ง และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การพบปัญหาทั้งเชิงระบบของงานที่เกี่ยวข้องกับรายงานทางการเงิน เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานส่งผลกระทบกับการปฏิบัติงานให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนได้และความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน การหมุนเวียนของผู้ปฏิบัติงานที่มีอัตราสูง การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและความเข้าใจของผู้บริหารต่อระบบและการจัดทำบัญชี ทำให้เกิดข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาต่อไป ในทำนองเดียวกันกับผลการการตรวจสอบความเสี่ยง ของหน่วยงานก่อนการพัฒนาทั้งหมด 7 แห่ง พบว่า โดยรวมไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน (80.6%) คือ ผลการดำเนินงานด้านการเงิน (75.5%) ด้านงบการเงิน (94.3%)ด้านบริหารพัสดุ (77.6%)และด้านระบบการควบคุมภายใน (85.7%) (ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 90 ให้หน่วยงานส่งแผนพัฒนาองค์กร)

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาพบว่าปัจจัยภายในได้แก่ การขาดความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องและมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารด้านการเงินการคลัง โดยเฉพาะเกี่ยวกับหลักการบันทึกบัญชีตามนโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานการณ์ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้นและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายทางบัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภาวะเศรษฐกิจและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและปัญหาสุขภาพ ซึ่งปัจจัยข้างต้นดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพและสถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลทั้งสิ้น”อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจากข้อมูลรายงานสถานการณ์ทางการเงินการคลัง

ข้างต้นจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่โรงพยาบาลเห็นตรงกันว่าเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทางการเงิน แต่ภาพสะท้อนดังกล่าวก็ยังเป็นเพียงข้อมูลพื้นฐานที่ยังไม่ชี้เฉพาะว่าปัจจัยเหล่านั้นมีอิทธิพลมากน้อยเพียงใด และปัจจัยใดที่เป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่กระทบต่อโรงพยาบาล ซึ่งหากสามารถเข้าถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ ก็จะช่วยทำให้สามารถกำหนดทิศทางทั้งในเชิงนโยบายระดับพื้นที่ และแนวทางการปฏิบัติที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและสนับสนุนและเสริมประสิทธิภาพของรายงานทางการเงินได้อย่างแท้จริง

2. การพัฒนาระบบตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[6] จำนวน 1 วงจร ดังนี้ (ดังภาพประกอบที่ 1)

ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนาระบบตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกับการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานทางการเงินของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาจากการตรวจสอบประสิทธิภาพรายงานทางการเงินประเมินทั้ง 5 มิติ 3 ปีย้อนหลัง แล้วนำมาทำความเข้าใจและวิเคราะห์เพื่อหาประเด็นต่างๆ ที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการตรวจ (Audit Planning) และเขียนแนวการตรวจสอบ (Audit Program) 2) ประชุมชี้แจง/ทำความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการตรวจสอบกับหน่วยบริการครั้งก่อนเริ่มปฏิบัติงาน 3) คืนข้อมูลและสรุปร่วมกันโดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้รวบรวม และเรียบเรียงสิ่งที่ได้ในแต่ละเรื่องที่ได้ตรวจสอบตามแนวทางที่กำหนด เชื่อมโยงข้อมูลทั้ง 2 ส่วน เพื่อนำมาสรุปให้เห็นถึงปัญหา/โอกาสในการพัฒนาหรือสิ่งดีๆ ที่พบจากการตรวจสอบก็นำมาเป็นข้อมูลในการสร้างกำลังใจในการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ 4) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปร่วมกัน ซึ่งจากการดำเนินงาน ทำให้มีระบบการตรวจสอบที่ควรจะเป็นตามกรอบแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยบริการ มีระบบการตรวจสอบรายงานทางการเงินที่สามารถประเมินผล

ความถูกต้อง ครบถ้วน น่าเชื่อถือได้ของรายงานได้ ทราบปัญหาในการปฏิบัติงานที่ส่งผลกระทบต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล หน่วยบริการที่นำข้อเสนอที่ได้จากการตรวจสอบด้วยวิธีการนี้ไปปรับปรุงและพัฒนาโดยผู้บริหารระดับสูง ทราบปัญหาที่ได้จากการตรวจสอบตามระบบใหม่ ระบบการตรวจสอบที่เป็นระบบเดียวกัน ผู้ตรวจเป็นทีมเดียวกัน ทำให้สามารถสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง ในทั้ง 7 แห่ง

3. การประเมินประสิทธิภาพระบบการตรวจสอบ

3.1 ลักษณะทางประชากร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 101 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (92.08%) อายุระหว่าง 30-40 ปี (68.32%) จบการการศึกษาระดับปริญญาตรี (93.07%) ตำแหน่งงานหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัสดุ (27.72%) และเป็นโรงพยาบาลระดับ S (85.7%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (n=101)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	8(7.9)
	หญิง	93(92.1)
อายุ(ปี)	น้อยกว่า 30 ปี	16(15.8)
	30 - 40 ปี	69(68.3)
	41 - 50 ปี	8(7.9)
	51 - 60 ปี	8(7.9)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	94(93.1)
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	7(6.9)
ตำแหน่งงานหน้าที่	จนท.ฝ่ายการเงิน	7(6.9)
	จนท.ฝ่ายบริหาร	8(9.9)
	จนท.ฝ่ายพัสดุ	28(27.7)
	หัวหน้าฝ่ายการเงิน	8(7.9)
	ผอ.โรงพยาบาล	7(6.9)
	หัวหน้าฝ่ายบริหาร	10(9.9)
ประเภทของโรงพยาบาล	ระดับ S	6(85.7)
	ระดับ F2	1(14.3)

3.2 ผลการตรวจสอบรายงานความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยงาน หน่วยงานในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหารทั้งหมด 7 แห่ง หลังการพัฒนา พบว่าผลการตรวจสอบรายงานความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยงานในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยรวมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 18.10 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเงินมีประสิทธิภาพมากที่สุด (25.3%) รองลงมา คือด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล (21.6%) และด้านบริหารพัสดุ (20.0%) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านงบการเงิน มีประสิทธิภาพ

น้อยที่สุด (3.6%) และหลังการพัฒนา พบว่า การดำเนินงานการควบคุมภายในด้านการเงินโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 21.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านทรัพย์สินมีการดำเนินงานถูกต้องมากที่สุด (23.7%) รองลงมา คือ ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร (22.9%) และด้านรายงานการเงิน (17.5%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลการตรวจสอบรายงานความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยงานในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 7)

รายการตรวจสอบความเสี่ยง	การปฏิบัติ N(%)		% Differences
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
ด้านการเงิน			
1. การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ	6(85.7)	7(100.0)	+15.4
2. การเก็บรักษาเงินโดยทั่วไป	5(71.4)	7(100.0)	+33.3
3. การรับเงิน	4(57.1)	6(85.7)	+40.0
4. เงินฝากคลัง	5(71.4)	7(100.0)	+33.3
5. หลักฐานใบสำคัญจ่าย	4(57.1)	6(85.7)	+40.0
6. เงินบริจาค	7(100.0)	7(100.0)	0.0
7. การควบคุมภายในเงินนอกงบประมาณ	6(85.7)	7(100.0)	+15.4
เฉลี่ยรายด้าน	**75.5**	**95.9**	**+25.3**
ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล			
8. จัดตั้งงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	7(100.0)	7(100.0)	0.0
9. การบันทึกข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล	5(71.4)	6(85.7)	+18.2
10. กระบวนการเร่งรัด ติดตามการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล	3(42.9)	5(71.4)	+50.0
11. การส่งข้อมูลเข้าระบบ Financial Data Hub	5(71.4)	6(85.7)	+18.2
เฉลี่ยรายด้าน	**71.4**	**85.7**	**+21.6**
ด้านงบการเงิน			
12. หมวดทั่วไป	7(100.0)	7(100.0)	0.0
13. ระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง(รพช.)	5(71.4)	6(85.7)	+18.2
14. รายงานประจำปี	7(100.0)	7(100.0)	0.0
15. ระบบบัญชี GFMIS (รพศ. หรือ รพท.)	7(100.0)	7(100.0)	0.0
16. การรายงานงบการเงินประจำปี	7(100.0)	7(100.0)	0.0
เฉลี่ยรายด้าน	**94.3**	**97.1**	**+3.6**

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการตรวจสอบความเสี่ยง	การปฏิบัติ N(%)		% differences
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
ด้านบริหารพัสดุ			
17. เรื่องทั่วไป	4(57.1)	6(85.7)	+40.0
18. แผนการจัดหาพัสดุ	4(57.1)	5(71.4)	+22.2
19. การจัดหาพัสดุ(จัดซื้อ/จัดจ้าง)	5(71.4)	7(100.0)	+33.3
20. เงินฝากคลัง	6(85.7)	7(100.0)	+15.4
21. หลักฐานใบสำคัญจ่าย	6(85.7)	7(100.0)	+15.4
22. เงินบริจาค	7(100.0)	7(100.0)	0.0
23. การควบคุมภายในเงินนอกงบประมาณ	6(85.7)	7(100.0)	+15.4
เฉลี่ยรายด้าน	**77.6**	**93.9**	**+20.0**
ด้านระบบการควบคุมภายใน			
24. การจัดวางระบบการควบคุมภายในทุกส่วนราชการ	7(100.0)	7(100.0)	0.0
25. การรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน	7(100.0)	7(100.0)	0.0
26. การจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	3(42.9)	6(85.7)	+66.7
27. การนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง	6(85.7)	7(100.0)	+15.4
28. การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	7(100.0)	7(100.0)	0.0.
เฉลี่ยรายด้าน	**85.7**	**97.1**	**+16.4**
เฉลี่ยโดยรวม	**80.6**	**94.4**	**+18.**1

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละความแตกต่างของคะแนนการดำเนินงานการควบคุมภายในด้านการเงินของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ก่อนและหลังการพัฒนา (N= 7)

ข้อคำถาม	การดำเนินงาน N(%)		% Differences
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร			
1. การรับเงิน	5(71.4)	7(100.0)	+21.1
2. การเบิกจ่ายเงิน	4(57.1)	6(85.7)	+25.0
3. เงินสดในมือ	6(85.7)	7(100.0)	+10.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	การดำเนินงาน N(%)		% Differences
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
4. การนำเงินส่งคลัง	3(42.9)	6(85.7)	+40.0
5. การบันทึกบัญชี	4(57.1)	6(85.7)	+25.0
6. เงินทดรอง	5(71.4)	7(100.0)	+21.1
เฉลี่ยรายด้าน	**64.3**	**92.9**	**+22.9**
ด้านทรัพย์สิน			
1. ความเหมาะสมของการใช้	5(71.4)	7(100.0)	+21.1
2. การดูแลรักษาทรัพย์สิน	4(57.1)	6(85.7)	25.0
3. การบัญชีทรัพย์สิน	4(57.1)	6(85.7)	25.0
เฉลี่ยรายด้าน	**61.9**	**90.5**	**+23.7**
ด้านรายงานการเงิน			
1. ข้อมูลการเงิน	4(57.1)	6(85.7)	+25
2. รายงานการเงิน	6(85.7)	7(100.0)	+10
เฉลี่ยรายด้าน	**71.4**	**92.9**	**+17.5**
เฉลี่ยโดยรวม	**65.9**	**92.0**	**+21.4**

วิจารณ์

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า พบปัญหาทั้งเชิงระบบของงานที่เกี่ยวข้องกับรายงานทางการเงิน เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานส่งผลกระทบกับการปฏิบัติงานให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนได้และความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน การหมุนเวียนของผู้ปฏิบัติงานที่มีอัตราสูง การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและความเข้าใจของผู้บริหารต่อระบบและการจัดทำบัญชี ทำให้เกิดข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาต่อไป ในทำนองเดียวกันเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานของหน่วยงานก่อนการพัฒนาทั้ง 7 แห่ง โดยรวมไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ด้าน (80.6%) คือ ผลการดำเนินงานด้านการเงิน (75.5%) ด้านงบการเงิน (94.3%) ด้านบริหารพัสดุ (77.6%) และด้านระบบการควบคุมภายใน (85.7%) (ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 90 ให้หน่วยงานส่งแผนพัฒนาองค์กร) มีงานวิจัยในหลายประเด็นที่สามารถนำมาอ้างอิงและสนับสนุนแนวคิดนี้ได้ ดังเช่น การหมุนเวียนของบุคลากรและผลกระทบต่อประสิทธิภาพงานการเงิน ดัง งานวิจัยของ Tucker & Parker[7] พบว่า การหมุนเวียนของพนักงานที่สูงในฝ่ายบัญชีและการเงินทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติงานและส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน รวมถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการขาดประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานใหม่ ยิ่งไปกว่านั้น การไม่สามารถรักษาพนักงานที่มีทักษะไว้ในองค์กรก็ทำให้การพัฒนาผลงานช้าลง ส่วนความสำคัญของการสื่อสารในองค์กรการเงินนั้นมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างฝ่ายต่างๆ ในองค์กร โดยเฉพาะระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร ส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดและการตัดสินใจที่ไม่สอดคล้องกัน งานของ Johnson et al. กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนา

โครงสร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การประสานงานเป็นไปอย่างราบรื่นและลดข้อผิดพลาดในกระบวนการทางการเงิน และการประเมินและพัฒนาระบบการควบคุมภายในสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ashraf et al.[8] แสดงให้เห็นว่าองค์กรที่มีการทบทวนและพัฒนาระบบการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง จะมีประสิทธิภาพทางการเงินที่สูงขึ้น ระบบการควบคุมภายในที่มีความเข้มแข็งสามารถลดความเสี่ยงและข้อผิดพลาดที่เกี่ยวกับการจัดทำรายงานทางการเงินได้อย่างมาก และควรมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบทำงานได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการแก้ปัญหาด้านการเงินไม่เพียงแต่อยู่ที่การปรับปรุงเครื่องมือหรือกระบวนการทำงานเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและการสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ระบบตรวจสอบภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การประชุมชี้แจง/ทำความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการตรวจสอบ 3) คืนข้อมูลและสรุปร่วมกันโดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้รวบรวม และเรียบเรียงสิ่งที่ได้ในแต่ละเรื่องที่ได้ตรวจสอบตามแนวทางที่กำหนด และ 4) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปร่วมกัน ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission) ซึ่งพบว่ากรอบการทำงาน COSO เป็นที่ยอมรับทั่วโลกในเรื่องการควบคุมภายในและการจัดการความเสี่ยง พบว่า การบูรณาการเทคโนโลยีในระบบการตรวจสอบและการควบคุมภายในช่วยเสริมสร้างความถูกต้องของข้อมูลและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงิน เช่นเดียวกับการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติในงานวิจัยนี้ที่ช่วยในการสรุปผลและคืนข้อมูลร่วมกันเพื่อพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gao[9] ผลกระทบของการใช้ระบบควบคุมภายในแบบดิจิทัล พบว่า การปรับใช้เทคโนโลยีเข้ากับระบบการเงินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร ลดข้อผิดพลาดในการจัดทำรายงานทางการเงิน และสอดคล้องกับการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและคืนข้อมูล; การศึกษาเกี่ยวกับระบบควบคุมการเงินในเครือข่ายสุขภาพของ Armitage และ Webb พบว่า การใช้เทคโนโลยีและระบบการตรวจสอบภายในช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยงานต่างๆ ภายในเครือข่ายด้านการบริหารจัดการทางการเงินอย่างมีนัยสำคัญ การดำเนินการตามขั้นตอนการตรวจสอบและสรุปร่วมกันในลักษณะนี้ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลการเงิน[10]; ขั้นตอนสำคัญในการวิเคราะห์และประเมินปัญหาภายในระบบการเงินขององค์กรโดยใช้เทคโนโลยีเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตรวจสอบและจัดการข้อมูล ข้อมูลนี้สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีใน 5 มิติที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเงินการคลัง[11] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Finance Strategists[12]ได้ศึกษาระบบการควบคุมภายในในองค์กรด้านการเงิน ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคืนข้อมูลและการจัดการปัญหาภายในองค์กรอย่างเป็นระบบ โดยใช้การวิเคราะห์สภาพปัญหาและสรุปผลร่วมกันเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของหน่วยงานในเครือข่ายสุขภาพ

3. หลังการพัฒนาพบว่า ผลการตรวจสอบรายงานความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยงานในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร โดยรวมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 18.10 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเงินมีประสิทธิภาพมากที่สุด (25.3%) รองลงมา คือด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล (21.6%) และด้านบริหารพัสดุ (20.0%) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านงบการเงินมีประสิทธิภาพน้อยที่สุด (3.6%) และหลังการพัฒนาพบว่า การดำเนินงานการควบคุมภายในด้านการเงินโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 21.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านทรัพย์สินมีการดำเนินงานถูกต้องมากที่สุด (23.7%) รองลงมา คือด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร (22.9%) และด้านรายงานการเงิน (17.5%1) ตามลำดับสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพการตรวจสอบและควบคุมภายในรวมถึงการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินในด้านต่างๆ ดังการศึกษา

ของ Alzeban & Sawan[13] พบว่า ผลกระทบของการตรวจสอบภายในที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กร โดยพบว่าการเพิ่มความเข้มงวดในกระบวนการตรวจสอบภายใน สามารถช่วยเพิ่มความแม่นยำ และประสิทธิภาพในการจัดการทางการเงิน ในทำนองเดียวกับงานวิจัยของ Huber[14] พบว่า การพัฒนาระบบตรวจสอบภายในโดยใช้เทคโนโลยีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรทางการเงินในองค์กรสุขภาพ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมภายในที่เข้มงวดขึ้นและผลกระทบที่มีต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในด้านต่างๆ เช่น การจัดเก็บรายได้และการบริหารพัสดุ; Skaife & Wesson[15] เน้นถึงการปรับปรุงระบบงบการเงินและการควบคุมทรัพย์สินที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นหลังการใช้ระบบตรวจสอบภายในที่ได้รับการพัฒนา; การวิจัยของ Vintila & Gherghina[16] แสดงให้เป็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้มาตรการควบคุมภายในที่เข้มแข็งกับประสิทธิภาพในการจัดทำรายงานการเงินขององค์กร พบว่าการพัฒนาระบบตรวจสอบและการควบคุมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านการเงิน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ COSO[17] นำเสนอกรอบการทำงานที่สามารถนำมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดทำรายงานทางการเงิน และการควบคุมภายในด้านการเงิน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ปรับปรุงเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ใช้ในการทำงาน โดยพิจารณาใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการรายงานทางการเงิน เพื่อให้การทำงานมีความแม่นยำและครบถ้วนยิ่งขึ้น

2. ส่งเสริมการอบรมและพัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน โดยการพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานจะช่วยลดข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจในระบบรายงานทางการเงินและการจัดทำบัญชี

3.ปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร โดยการพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารจะช่วยให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น และลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน

4. ลดอัตราการหมุนเวียนของผู้ปฏิบัติงาน: ควรมีนโยบายในการรักษาพนักงานที่มีทักษะและประสบการณ์ เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

5.เพิ่มความเข้าใจในระบบบัญชีให้กับผู้บริหาร: ผู้บริหารควรได้รับการอบรมและทำความเข้าใจในระบบและกระบวนการจัดทำบัญชี เพื่อให้สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลกระทบของเทคโนโลยีสารสนเทศต่อประสิทธิภาพการรายงานทางการเงินโดยศึกษาวิจัยถึงผลกระทบที่เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ใช้มีต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการทำงาน

2. ควรศึกษาระดับความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในด้านการเงินและบัญชี เพื่อหาข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุง

3. ควรทำการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้อัตราการหมุนเวียนของผู้ปฏิบัติงานสูง เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนานโยบายรักษาพนักงาน

4. ควรทำการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบภายใน และวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพในระบบนี้

5. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการความเสี่ยงทางการเงินในหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ และควรขยายการวิจัยไปยังหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำแนวทางที่ใช้มาเปรียบเทียบและปรับปรุงระบบในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ อยู่สำราญ. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2564;6(2); 184-98.
2. ชญาภา อุปดิษฐ์, อัญชลีพร วุฒิเป็ก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดหนองคายตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score: TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2566;1(2):71-82.

3. จิตติวรรณ แสงพิทักษ์. สถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดปทุมธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2564. กองบริหารการคลังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาการ. รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบที่ 1/2566. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์; 2566.
5. วิรุณ คงศรีชาย. ประสิทธิภาพทางการเงินการคลังต่อภาวะวิกฤติทางการเงินในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2566;3(1):58-68.
6. Cleary B A, Duncan S J, Tools and Techniques to Inspire Classroom Learning. Wisconsin : American Society for Quality; 1977.
7. Tucker P, Parker D. The impact of employee turnover on accounting and finance performance. J Account Finance. 2020;45(3):345-57.
8. Ashraf H, Rahman M, Kapoor S. Does automation improve financial reporting? A review of accounting studies. Rev Account Stud. 2022;28(1):85-103.
9. Gao S. The Impact of Internal Control Systems on Organizational Efficiency. I Accounting. 2022;38(5):112-125.
10. Armitage H, Webb A. The Evolution of Financial Control Systems in Health Networks. Int J Health Manag. 2021;18(3):245-60.
11. IFC. Internal Control Handbook. Washington D.C: International Finance Corporation; 2023.
12. Finance Strategists. The role of financial strategies in modern business growth. Finance Strategists. 2024;12(1):34-46.
13. Alzeban A, Sawan N. The impact of internal auditing on organizational performance. Int J Account Res. 2015;23(2):45-62.
14. Huber G. Enhancing financial management in health organizations through internal auditing technology. J Health Admin. 2020;15(4):112-30.
15. Skaife H, Wesson J. Improving financial reporting and asset control with advanced internal auditing systems. J Acc Res. 2021;28(1):93-115.
16. Vintila G, Gherghina S. Internal control measures and financial reporting efficiency: A correlation study. J Fin Stud. 2022;19(3):143-69.
17. COSO. A framework for improving financial reporting and internal controls. COSO Report. 2023;13(1):77-98.

ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ต่อผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Investigation of the efficacy of cannabis oil in patients with psoriasisin Chaturaphakphiman Hospital, Roi-Etprovince, northeast Thailand

รังสิยา นันทะแสน* ยุพารัตน์ บำเพ็ญรัตน์**

Rungsiya Nuntasaen, Yuparat Bumpenrat

Corresponding author: E-mail: rungsiya.ferin@gmail.com

(Received: September 8, 2024; Revised: September 16, 2024; Accepted: October 16, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)

รูปแบบการวิจัย : Quasi experimental study (One Group Pretest Posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 11 คน ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม 2566 ระยะเวลา 5 เดือน โดยให้ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชาทาลงบนผิวหนังบริเวณที่เป็นสะเก็ดเงินเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area and Severity Index : PASI) และแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index : DLQI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.002) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงน้อยกว่า 0.91 คะแนน (95%CI: 0.44, 1.38) ส่วนคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (DLQI) มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (DLQI) มากกว่า 7.27 คะแนน (95%CI: 5.68, 8.69)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและความรุนแรงของโรคลดลง ดังนั้นหน่วยที่เกี่ยวข้องควรนำไปปรับใช้เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ : น้ำมันกัญชา (หมอเดชา); โรคสะเก็ดเงิน

*เภสัชกรชำนาญการ **แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : This study aims to investigate the efficacy of cannabis oil in patients with psoriasis coupled with their quality of life by comparing before and after administration of the cannabis oil.

Study design : A quasi-experimental study (One Group Pretest Posttest Design) was used as a study design.

Materials and Methods : This study included 11 patients from March to July 2023. Before treatment, the patients were asked to determine the severity of psoriasis using the questionnaire for the Psoriasis Area and Severity Index (PASI), and the quality of life was evaluated using the questionnaire for the Dermatology Life Quality Index (DLQI). The patients were treated by applying cannabis oil to the skin, and the PASI and DLQI were evaluated again after treatment. The paired t-test was used as a statistical analysis.

Main findings : The results demonstrated that, after treatment, the average severity of psoriasis was significantly decreased (p=.002). The average PASI score was less than 0.91 (95%CI: 0.44,1.38). Moreover, the quality of life was significantly increased (p<.001) with an average DLQI score of more than 7.27 (95%CI: 5.68,8.69).

Conclusion and recommendations : Our findings indicated that cannabis oil can reduce the severity ofpsoriasis and increase the quality of life of the patients. We suggested that it could be an alternative treatment for psoriasis patients. However, this concept needs to be proven in a larger sample size to reach a definite conclusion.

Keywords : Cannabis oil; Psoriasis

*Pharmacist, Professional Level, Chaturaphakphiman Hospital.

** Thai Traditional Medical Practitioner, Chaturaphakphiman Hospital.

บทนำ

รัฐบาลมีนโยบายนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและทางการแพทย์ เปิดโอกาสในการนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ นำไปใช้ในการรักษาโรค ภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์[1] มีการผลักดันให้เกิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานจึงดำเนินการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการทุกวันจันทร์และศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. จากข้อมูลสถิติย้อนหลังของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในระบบ HOSxP[2] พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวน 42 ราย แต่ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลในเรื่องความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ปัญหาในด้านการดูแลรักษาโรคร่วมที่พบในผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินก่อน และหลังได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Quasi experimental study (One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม–กรกฎาคม 2566 คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ซักประวัติพร้อมทั้งประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินกับการใช้น้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ส่งพบแพทย์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area and Severity Index: PASI) ก่อนและหลังการใช้น้ำมันกัญชา (หมอเดชา) และนัดติดตามอาการทุก 1 เดือน เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI) และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังจากการได้รับยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)

ประชากร : ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ระหว่างเดือนมีนาคม – กรกฎาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินในผู้ป่วยโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ช่วงปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมาเกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยมีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจ ยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีนี้ 2) ไม่มีประวัติแพ้กัญชาหรือน้ำมันมะพร้าว และ 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเกณฑ์คัดออก 1) ผู้ป่วยใช้น้ำมันกัญชาแล้วเกิดอาการแพ้ยา 2) ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจในการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ โรคประจำตัว อาชีพ การศึกษา และสถานภาพ ระยะเวลาที่เป็นโรค ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index: DLQI) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม DLQI ฉบับภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความเที่ยง และความตรงแล้วโดย แพทย์หญิงกนกวลัย กุลทนันทน์ และคณะ[3]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขอพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย 2) คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา 3) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 4) ซักประวัติพร้อมทั้งประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินกับการใช้น้ำมันกัญชา (หมอเดชา) 5) ส่งพบแพทย์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area and Severity Index : PASI) ก่อนและหลังการใช้น้ำมันกัญชา (หมอเดชา) 6) นัดติดตามอาการทุก 1 เดือน เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area and Severity Index : PASI) และ 7) ทำการวัดคุณภาพ

ชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังจากการได้รับยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI) และแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (DLQI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Sample t-test

การพิทักสิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว หมายเลขใบรับรอง COE 0182566 วันที่ให้การรับรอง 9 มีนาคม 2566 วันหมดอายุใบรับรอง 8 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย 6 คน (54.55%) อายุเฉลี่ย 52.18 ปี สถานภาพสมรส 6 คน (54.55%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 5 คน (45.46%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 5 คน (45.46%) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย 6 คน (54.55%) ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน อยู่ในช่วง 6-10 ปี 6 คน (54.55%) ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าก่อนการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคสะเก็ดเงินหลังได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด จำนวน 11 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย 6 คน (54.55%) อายุเฉลี่ย 52.18 ปี สถานภาพ สมรส 6 คน (54.55%) โสด 4 คน (36.36%) และหย่าร้าง 1 คน (9.09%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 5 คน (45.46%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 5 คน (45.46%) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย 6 คน (54.55%) ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน อยู่ในช่วง 6-10 ปี 6 คน (54.55%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	6(54.55)
	หญิง	5(45.45)
อายุ(ค่าเฉลี่ย) 52.18 ปี (SD.=8.06)		
สถานภาพ	โสด	4(36.36)
	สมรส	6(54.55)
	หย่าร้าง	1(9.09)
การศึกษา	ประถมศึกษา	4(36.36)
	มัธยมศึกษา	5(45.46)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
	ปริญาตรี	2(18.18)
อาชีพ	ข้าราชการ	1(9.09)
	ประกอบธุรกิจส่วนตัว	1(9.09)
	เกษตรกรรม	5(45.46)
	รับจ้าง	4(36.36)
โรคประจำตัว	มี	4(36.36)
	ไม่มี	7(63.64)
ระยะเวลาที่เป็นโรค	6-10 ปี	6(54.55)
	10-15 ปี	4(36.36)
	15-20 ปี	1(9.09)

2. การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ผลการประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินก่อนการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับ Mild psoriasis จำนวน 3 คน (27.27%) ระดับ Moderate psoriasis จำนวน 3 คน (27.27%) และระดับ Severe psoriasis จำนวน 5 คน (45.46%)

ผลการประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินหลังการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับ Mild psoriasis จำนวน 8 คน (72.73%) ระดับ Moderate psoriasis จำนวน 3 คน (27.27%) และระดับ Severe psoriasis จำนวน 0 คน (0%) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากระดับความรุนแรงลดลง จากระดับ Severe psoriasis ก่อนการใช้ยาจำนวน 5 คน หลังการใช้ยาลดลงเหลือ 0 คน จากระดับ Moderate psoriasis ยังคงจำนวน 3 คนเท่าเดิม ส่วนระดับ Mild psoriasis จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้ยา 3 คน เพิ่มเป็น 8 คน (ดังแสดงในตารางที่ 2) ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) มีระดับความรุนแรง**น้อยกว่า**ก่อนการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา(หมอเดชา) ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค (N=11)

ระดับความรุนแรง	ผลประเมินก่อนการใช้ยา(คน)	ร้อยละ	ผลประเมินหลังการใช้ยา(คน)	ร้อยละ
Mild psoriasis	3	27.27	8	72.73
Moderate psoriasis	3	27.27	3	27.27
Severe psoriasis	5	45.46	0	0.00
รวม	11	100.00	11	100.00

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน	n	Mean(SD.)	Mean diff	95% CI	p
ก่อนการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)	11	2.18(0.87)	0.91	0.44, 1.38	.002
หลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)	11	1.27(0.47)			

3. การประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) พบว่า ส่วนใหญ่คะแนนอยู่ในช่วง 11-20 คะแนน ซึ่งหมายความว่า มีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รองลงมามีคะแนนอยู่ในช่วง 6-10 คะแนน ซึ่งหมายความว่า มีผลกระทบปานกลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 2-5 คะแนน ซึ่งหมายความว่า มีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รองลงมามีคะแนนอยู่ในช่วง 6-10 คะแนน ซึ่งหมายความว่า มีผลกระทบปานกลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ดังแสดงในตารางที่ 4) ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคสะเก็ดเงินหลังได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 การประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา(หมอเดชา)

ระดับคุณภาพชีวิต(DLQI)	ก่อน(คน)	หลัง(คน)
ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ (คะแนน 0-1)	0	0
มีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (คะแนน 2-5)	0	8
มีผลกระทบปานกลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (คะแนน 6-10)	3	3
มีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (คะแนน 11-20)	8	0
มีผลกระทบอย่างมากมายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (คะแนน 21-30)	0	0

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)

ระดับคุณภาพชีวิตของโรคสะเก็ดเงิน	n	Mean(SD.)	Mean diff	95% CI	p
ก่อนการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)	11	11.64(3.98)	7.27	5.68, 8.69	<.001
หลังการใช้ยาน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)	11	4.36(2.91)			

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้มีความคล้ายกับการศึกษาอื่นที่พบ การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์[4] ซึ่งพบว่าข้อมูลค่าความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มประชากรมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินก่อนและหลังการได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชา (หมอเดชา)[5] เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผลวิจัยสรุปว่า หลังการให้ความรู้เรื่องโรคสะเก็ดเงิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น คือ ผื่นสะเก็ดเงินไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้ สามารถที่จะนำไปปรับใช้ในการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เนื่องจากมีประสิทธิผลในการรักษาที่ดี ดังนั้นจึงควรจัดทำเป็นข้อบ่งใช้ในการรักษา ด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่อไป

2. การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการทำการศึกษาในช่วงเวลาสั้นๆ 3 เดือน อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการเปรียบเทียบประเมินผลการรักษาที่ดีมากนัก สามารถนำแนวทางการวิจัยไปพัฒนาต่อยอดได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ต่อผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ และสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจาก อาจารย์เสฐียรพงษ์ ศิวินา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิดข้อแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณแพทย์หญิงตติยา พวงใต้ ที่ช่วยวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องตามโรคขอขอบคุณกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ที่สนับสนุนน้ำมันกัญชา (หมอเดชา) ให้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองควบคุมวัตถุเสพติด. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่7) พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://narcotic.fda.moph.go.th/law-type/na-7-2562
2. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. ระบบ HOSxP. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน; 2566.
3. ลีนา จุฬาโรจน์มนตรี, ป่วน สุทธิพินิจธรรม, กนกวลัย กุลทนันทน์. การทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม psoriasis dermatology index(PDI) ฉบับภาษาไทย. วารสารโรคผิวหนัง. 2552;25:141-52.
4. ชัชวาล วชิระเมธารัชต์, พิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์, สิริกุล จุลวรรณา, และคณะ. การศึกษาประสิทธิผล

การรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. Service plan sharing best practice 2020 สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://phdbservice.moph.go.th/APP/SERVICEPLAN/uploads/event2022/service19/index.html#p=6

5. กรรณิการ์ เชียวทวีสิน. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;2(3):1069-88.

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Program Development of using Motivational procedures in type 2 Diabetes Mellitus Patients with Poor glycemic control in the Chronic disease Outpatient ChiangYuen Hospital Maha Sarakham Province

โชติมณี เรืองกลิ่น* อารยา ฉัตรธนะพานิช นฤมล จำปาบุญ*****
Chotmanee Rueangklin, Araya Chattanapanich, Narumon Jampaboon
Corresponding author: E-mail: cmnee2010@gmail.com
(Received: September 11, 2024; Revised: September 19, 2024; Accepted: October 19, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับHbA1c 7-9% ในเขตตำบลเชียงยืนที่รักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - เดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 261 ราย การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลเชียงยืน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระยะที่ 2 วางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญหาโดยมีการประชุมระดมความคิด และประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ระยะที่ 3 ดำเนินการโดยกระบวนการสร้าง Health literacy ระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระยะที่ 4 สรุปประเมินผลการดำเนินการ

ผลการวิจัย : พบว่า จากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสัมภาษณ์ โดยใช้กระบวนการสนทนาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ผลการวิเคราะห์ตนเองและการวิเคราะห์กลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเอง มีเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ ผลจากการใช้ My I – SMART Record พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเอง มีแรงบันดาลใจในการที่จะดูแลตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับทีมผู้ดูแลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเป้าหมายตามความต้องการ นอกจากนี้ยังพบว่าผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนหลังของผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันที่ระดับน้อยกว่า .05 รวมถึง ระดับของ HbA1c หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า .05 และระดับการจัดการตนเองหลังการเข้าโปรมแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นการพัฒนาการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เข้าใจสาเหตุจนกระทั่งวิธีการแก้ไขผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง; การเสริมสร้างแรงจูงใจ

*,**,*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงยืน

Abstract

Purposes : To develop and study the results of motivational program for patients with type 2 diabetes uncontrol in the ChiangYuen subdistrict ChiangYuen District Maha Sarakham Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The sample group was a type 2 diabetic patient with a HbA1c level of 7-9 mg/dl in Chiang Yuen Subdistrict treated at the chronic disease clinic. The research was performed between October 2021 - July 2022, with a total of 261 cases using motivation-building skills (Motivational Interviewing). The research was divided into 4 phases: Phase 1: Study the problem situation of patients with type 2 diabetes in Chiang Yuen Subdistrict treated in the Chiang Yuen Nurse's Chronic Disease Clinic who have poor blood sugar control, Phase 2: Plan activities to solve the problem by having a brainstorming meeting and conducting a practical meeting to determine solutions to the problem, Phase 3: Carry out the process of creating health literacy at the individual level in patients with type 2 diabetes by changing behavior to control blood sugar levels to be within normal limits. Phase 4: results of operation evaluates.

Main findings : Using the Program Development of using Motivational interviewing the results of the self-analysis and cluster analysis make diabetic patients aware of having behaviors to take care of their own health with a clear goal and time period. There is a possibility. The results of using My I – SMART Record found that patients had a better understanding of themselves and were inspired to take care of themselves. There was a common goal with the care team to take care of each patient's self-care. There was a clear timeline for practicing self-care in order to reach the goals as desired. In addition, it was found that the results assessing pre- and post-knowledge of diabetic patients were significantly different at a level less than .05, including the results of HbA1c levels after motivational interviewing, which were significantly reduced at a level less than .05.

Conclusion and recommendations : Development of a motivational program for patients with type 2 diabetes uncontrol their blood sugar levels. It is about developing self-management to be uncontrol blood sugar levels well. Understand the cause until the solution. Diabetic patients can control their disease effectively. And the level of self-management after participating in the motivation program was significantly revel less than .05.

Keyword : Type 2 diabetes Mellitus; Hyperglycemia; Motivational Interviewing

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

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยโดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับโดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่พบเป็นเบาหวานประเภท 2 ซึ่งเป็นผลมาจากเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและพันธุกรรม[1] ในขณะที่ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก หรือ WHO คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2557 มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2523 ที่จำนวน 108 ล้านราย โดยความชุกได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ส่วนอัตราการเสียชีวิตพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเบาหวานโดยตรงจำนวน 1.5 ล้านราย นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคไตที่เกิดจากเบาหวานอีกประมาณ 460,000 ราย รวมแล้วเป็นการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานประมาณ 2 ล้านราย โดยพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตร้อยละ 48 เกิดขึ้นก่อนอายุ 70 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึง 2019 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานตามอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3[2] ประเทศไทยสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วประเทศจำนวน 3,852,893 ราย เสียชีวิต 84,052 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.18[3] และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2560) คาดการณ์ว่า ความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงถึง 5.3 ล้านรายในปี 2583 นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2559 พบว่า มีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวนประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน ข้อมูลผลสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2557 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด[4]

ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงยืน 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563 -2565) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 3,686, 3,747 และ 3,915 ราย ตามลำดับ ในเขตตำบลเชียงยืนมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 882, 936 และ998 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ 40 แต่จากข้อมูลจาก HDC (Health Data Center)[5] จังหวัดมหาสารคาม ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบว่า แม้ผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1c) ได้ดีเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 40) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 คือ ร้อยละ 26.02, 28.24 และ 32.13 ตามลำดับ ในเขตตำบลเชียงยืน ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพียงร้อยละ 19.73, 22.11 และ 34.62 ซึ่งมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน ส่งผลก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 11.20, 12.33 และ 13.65 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 10.82 ,12.52 และ 13.51 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนถูกตัดเท้ารายใหม่ ร้อยละ 0.06 , 0.00 และ 0.03 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและการทวีความรุนแรงมาจากพฤติกรรมการบริโภค การควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเอง และส่งผลกระทบต่อชีวิตเศรษฐกิจสังคมได้

ปัจจัยเกี่ยวข้องที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การศึกษาพบว่า 1) ขาดความรู้ที่ถูกต้อง 2) มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการควบคุมอาหาร รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื้อยารับประทานเอง ลดหรือหยุดยาเอง และ 3) ปฏิเสธการรักษา มีลักษณะหยุดรักษา ทั้งเกิดจากความตั้งใจ และความไม่ตั้งใจ หรือรักษาเป็นบางครั้ง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการความรู้และขาดแรงจูงใจ ดังนั้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมอาหาร รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยเหตุนี้การที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้ความรู้ ซึ่งจากงานวิจัยต่างๆพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้นอกจากจะมีความรู้เพิ่มขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้น[6-7] และ

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจก็เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ผู้บำบัดมักจะเลือกใช้ เพื่อกระตุ้นสร้างแรงจูงใจสร้างความร่วมมือในการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สนใจพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการบำบัดผู้ป่วย โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่ายที่สุด คือทำอย่างไรจึงจะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อีกทั้งผู้บำบัดเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความร่วมมือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในปัญหาตนเอง เกิดการตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่าการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick[8] เป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่ง เกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน และใช้คำถาม ปลายเปิด (Opened-ended questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการ เปลี่ยนแปลงตนเอง หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Rolling with resistance) โดยจะไม่ให้คำแนะนำผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาจะสนับสนุน ชื่นชม และกระตุ้นให้เห็นความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดเลิกพฤติกรรมเสี่ยง และยึดมั่นในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยผู้วิจัยได้นำหลักการดังกล่าวมาออกแบบโปรแกรมในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ระยะ ได้แก่ การเปลี่ยนกรอบความคิด การตั้งเป้าหมาย การบันทึกข้อมูล และการลงมือปฏิบัติ โดยรายละเอียดขั้นตอนในการปฏิบัติการดังกล่าวได้มาจากการบูรณาการแนวคิดตามทฤษฎีร่วมกับข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่เป็นปัญหา ซึ่งคาดว่าเมื่อนำโปรแกรมไปทดลองปฏิบัติแล้วจะสามารถสร้างแรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ตำบลเชียงยืนได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c 7-9 mg/dl ไม่มีโรคร่วม โดยออกแบบวิจัยกลุ่มเดียววัดซ้ำก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – เดือนกรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเชียงยืน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c 7-9 mg/dl ในเขตตำบลเชียงยืน ขึ้นทะเบียนรักษาคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - เดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 261 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลเชียงยืน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566 มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง 2) ก่อนการรับโปรแกรมครั้งที่ 1 มีระดับ ระดับ HbA1c 7-9 mg/dl ไม่มีโรคร่วม 3) สามารถเข้ารับโปรแกรมครั้งที่ 2, 3, 4 และหลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือนได้ครบทุกครั้ง เกณฑ์การคัดออกมีดังนี้ 1) ขาดการเข้าโปรแกรมอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) ขอถอนตัวออกจากการเป็นอาสาสมัครการวิจัย 3) มีความเจ็บป่วยรุนแรงต้องได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลระหว่างการทำวิจัย

ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - เดือนกรกฎาคม 2566

พื้นที่การศึกษา เขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ อบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบบบันทึก My I – SMART Record

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อใช้ประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรมให้ความรู้ 2) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และบันทึกการสนทนา 3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เป็นแบบบันทึกค่าตัวเลขที่ได้มาจากการวัดค่า HbA1c ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.84 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับ กลุ่มคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน ค่าสัมประสิทธิ์ความ เชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) = 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยมีรายละเอียดและการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงยืน

ระยะที่ 2 วางแผนกิจกรรมแก้ไขปัญหาโดยมีการประชุมระดมความคิด และประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ระยะที่ 3 ดำเนินการโดยกระบวนการสร้าง Health literacy ใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจระดับบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในชุมชนเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ และมีโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจดังนี้ 1) Change mindset ปรับเปลี่ยนมุมมองสุขภาพ ค้นหาเป้าหมายชีวิตให้เจอ โดยให้ผู้ป่วยรู้ว่าปัญหาสุขภาพของตนเองคืออะไร รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรค และรู้ว่าสิ่งที่ทำสำคัญอย่างไร โดยการใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 2) Setup Goals คือ การให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ 3) Data based บันทึกการตรวจสุขภาพในสมุดประจำตัว/คืนข้อมูลสุขภาพ 4) Intervention design โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรง 5) Monitoring โดยให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินติดตามการดูแล และ 6) Evaluation/Reflection ประเมินระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 4 สรุปประเมินผลการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired simple t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โดยขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเชียงยืนเลขที่CY 18/2564 หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือและเข้าพบผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงยืน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลเชียงยืน ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 882, 936 และ998 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตตำบลเชียงยืน ปีพ.ศ.2563-2565 พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพียงร้อยละ 19.73, 22.11 และ 34.62 ซึ่งจากพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ได้ ส่งผลก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 11.20, 12.33 และ 13.65 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 10.82 ,12.52 และ 13.51

ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนถูกตัดเท้ารายใหม่ ร้อยละ 0.06 , 0.00 และ 0.03 ตามลำดับ โดยสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค และการทวีความรุนแรงของโรคนั้นอาจมาจากพฤติกรรมการบริโภค การควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเอง ส่วนปัจจัยการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พบว่า 1) ขาดความรู้ที่ถูกต้อง 2) มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา 3) ปฏิเสธการรักษา มีลักษณะหยุดรักษา ทั้งเกิดจากความตั้งใจ และไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้และขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จากข้อมูลของปัญหานำมาวางแผนการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย โดยประชุมทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการและอสม.

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระดับบุคคลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ และมีโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

2.1 Change mindset ปรับเปลี่ยนมุมมองสุขภาพ ค้นหาเป้าหมายชีวิตให้เจอ โดยให้ผู้ป่วยรู้ว่าปัญหาสุขภาพของตนเองคืออะไร รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรค และรู้ว่าสิ่งที่ทำสำคัญอย่างไร โดยการใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

2.2 Setup Goals คือการให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ โดยใช้เครื่องมือ My I – SMART Record (Inspiring-Specific-Measurable-Achievable-Relevant-Time specific)

2.3 Data basedบันทึกการตรวจสุขภาพในสมุดประจำตัว/คืนข้อมูลสุขภาพ โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นวิถีทางความเจ็บป่วย (Illness Tarjectory) ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง

2.4 Intervention design กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเบาหวานระดับ HbA1c > 7-9 mg/dl โดยแบ่งระดับความรุนแรง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c > 7-< 8 mg/dl กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c 8 - < 8.5 mg/dl กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c 8.5 - 9 mg/dl ให้การดูแลแบบการจัดการรายกรณีโดยทีมสหวิชาชีพตามระดับความรุนแรงของโรค และแนวทางการการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG)แก่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยเบาหวาน และญาติโดยรับคำปรึกษา (Consult) แพทย์เพื่อปรับยาตามระดับ HbA1c

2.5 Monitoring โดยให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการติดตาม (หลังจบโปรแกรม) โดยเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว (SMBG) สัปดาห์ละ 1 วัน (เป็นเวลา 1 เดือน) ก่อนอาหารเช้าเวลา 07.00 น. โดยใช้สัญลักษณ์รูปภาพ และแถบสีระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการควบคุมอาหาร ร่วมกับให้ผู้ป่วยบันทึกเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวันโดยแบ่งเป็น 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 3 เดือน ให้ผู้ป่วยสามารถเห็นผลจากการปฏิบัติตนได้ชัดเจนมากขึ้น รายงานผลน้ำตาลในเลือดกรณีที่ผิดปกติ ให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทุก 1 สัปดาห์ ผ่าน Group Line OA

2.6 Evaluation/Reflection ประเมินระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลให้ความรู้เพิ่มเติม และเสริมแรงให้กับผู้ป่วย

3. ผลของการใช้โปรแกรมฯ พบว่า

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 261 คนประกอบด้วยเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 58.23 และเพศชาย ร้อยละ 41.76 มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 และ 49-59 ปี เป็นจำนวนรวมกันร้อยละ 68.18 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 85.44 โดยกลุ่มตัวอย่างใช้การกินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 91.95 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปีเป็นจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.61 รองลงมาในช่วง 11-15 ปีจำนวนร้อยละ 32.56 และน้อยที่สุดคือ 16 ปีจำนวนร้อยละ 1.91

3.2 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95% CI	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	7.06(0.94)	3.21(0.07)	3.06, 3.34	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	10.76(1.02)			

3.3 ผลเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีค่าระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff. (SE)	95% CI	p
HbA1c ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	7.91(0.61)	0.95(0.05)	0.86, 1.05	<.001
HbA1c หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	261	6.96(0.53)			

3.4 ผลเปรียบเทียบค่าระดับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีค่าระดับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (N = 261)

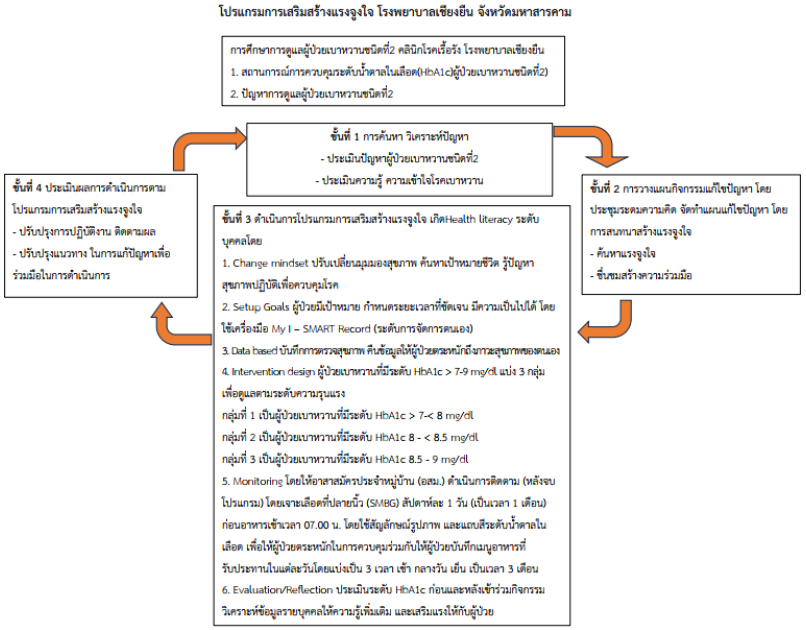
ระดับการจัดการตนเอง	Mean(SD.)	t	df	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.07(1.49)	34.99	260	< .001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	9.06(1.03)			

3.5 ผลจากแบบบันทึกการวิเคราะห์ตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมเหมือนๆกันทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารรสเค็ม และกินผลไม้ครั้งละมากๆ เช่น มะม่วง น้อยหน่าฯลฯ และการรับประทานยาส่วนใหญ่จะลืมทาน และลดขนาดหรือเพิ่มขนาดยาเอง การออกกำลังกายส่วนใหญ่ทำงานบ้านอยู่แล้ว การแก้ปัญหา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานจะไม่ทานอาหารเค็ม หวาน มัน ทอด จะไม่ลืมทานยา ทานยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น หมั่นออกกำลังกายประจำ สวมรองเท้าทุกครั้งที่เดิน ตรวจดูง่ามเท้าและซอกเท้า

3.6 ผลการวิเคราะห์กลุ่ม พบว่า ตั้งแต่ สาเหตุ จนกระทั่งวิธีการแก้ไขที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้องตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการ และจากการสังเกตรายกลุ่มพบว่า ทุกคนต่างแสดงความคิดเห็นที่ตรงกัน สามารถอภิปราย และถกเถียงปัญหาต่างๆตามความคิดของแต่ละคนที่อยู่ในกรอบความรู้ที่ให้ไปอย่างถูกต้องชัดเจน ซึ่งทำให้เห็นว่าทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวานมากขึ้น อนาคตจะอยู่กับเบาหวานได้อย่างมีความสุข คือการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี

3.7 ได้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่สามารถ

ปรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน และนำโปรมแกรมที่ได้จากการวิจัยขยายผลไปใช้กับ รพ.สต. ในเขตอำเภอเชียงยืนทุกแห่ง จำนวน 10 แห่ง



วิจารณ์

1. ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ครอบคลุมในทุกเรื่องทั้งเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการดูแลเท้า จากทีมสหวิชาชีพ และเนื่องจากเป็นการให้ความรู้ในคลินิกเบาหวานไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับระยะเวลา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสนใจในกิจกรรมให้ความรู้ได้อย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้หลากหลาย ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องขึ้น และสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ[9] ได้ศึกษา ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .001

2. ผลการเปรียบเทียบค่า HbA1c จากการควบคุมค่าระดับน้ำตาลแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังกาเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 จากการปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงยืน พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจากคลินิกค่า HbA1c ซึ่งเป็นการวัดจำนวนของฮีโมโกบิล ซึ่งโดยปกติค่า HbA1c ถูกสังเคราะห์ขึ้นจากการได้รับสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเมื่อร่างกายรับปริมาณสารเข้าไปร่างกายจะเปลี่ยนจากแป้งไปอยู่ในรูปของน้ำตาล ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาได้ โดยพบว่าการรับประทานผักที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำจะช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นเป็นไปได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างได้มีการสนทนาเพื่อให้ตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นปัญหาของตนเอง ซึ่งเมื่อได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพร้อมทั้งการจดบันทึก เพื่อนำข้อมูลรายงานสหวิชาชีพเป็นประจำ รวมถึงการได้รับการประเมินผลย้อนกลับกระบวนการดังที่กล่าวมาน่าจะสามารถนำไปสู่การใส่ใจพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาของตนเองมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้แรงจูงในการดูแลตนเองอาจจะสะท้อนได้จากคะแนนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้นหลังการเข้าโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการดูแลตนเองอย่างมีวินัยและถูกต้อง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานที่นำมาใช้นี้สอดคล้องกับการทดลองใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการลดระดับ HbA1c ในหลายๆ การศึกษาทดลองทั้งในและต่างประเทศ เช่นการศึกษาทดลองในต่างประเทศ Steffen et al.[10] ทดลองใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้เข้าร่วมการทดลองจำนวน 174 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ จำนวน 94 คนเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 80 คน มีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยจากการศึกษาของ พนิดา สารกอง[11] ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 42.12 และสอดคล้องกับงานวิจัยของเทิดศักดิ์ เดชคง[12] และละอองกลิ่น กนกแสง[13] ซึ่งพบว่าผลของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ

3. ผลของกระบวนการจัดการตนเองต่อผลระดับน้ำตาลในเลือด โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากที่เคยรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีรสเค็มจำนวนมากและมักจะลืมรับประทานยาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นการควบคุมการรับประทาน รวมถึงการทานยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Prochaska และ DiClemente กล่าวถึงขั้นตอน 5 ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มจาก 1) ขั้นเมินเฉย ในขั้นนี้โดยคนเรามักคิดว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจึงไม่คิดจะเปลี่ยน การใช้การสนทนาเพื่อให้เกิดขั้นที่ 2) ตระหนักรู้จึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการทำให้ผู้ที่เมินเฉยเริ่มเกิดการตระหนักรู้อย่างไรก็ตามคนเรามักจะลังเลเพราะว่ามีเหตุผลหรือข้ออ้างที่ทำให้ลังเลใจ ดังนั้นการช่วยให้เกิดขั้นที่ 3) การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงโดยการช่วยกระตุ้นหรือวางแผนจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ง่ายขึ้นจึงนำไปสู่ขั้นที่ 4) ของการเปลี่ยนแปลงที่คนเราจะลงมือทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สุดท้ายเมื่อได้ลงมือกระทำอย่างต่อเนื่องจึงเกิดขั้นที่ 5) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง[14] ดังนั้นจากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กล่าวถึงเมื่อเปรียบเทียบกับกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจที่นำมาใช้ สามารถอธิบายได้ตามขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงระดับความคิด คือการเปลี่ยนชุดความคิด (Change mindset) ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองสุขภาพค้นหาเป้าหมายชีวิตให้เจอ โดยให้ผู้ป่วยรู้ว่าปัญหาสุขภาพของตนเองคืออะไร รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรคและรู้ว่าสิ่งที่ทำสำคัญอย่างไร เมื่อเกิดขั้นนี้แล้วจึงนำไปสู่การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) คือการปรับพฤติกรรมการรับประทานพร้อมทั้งการบันทึกรายงานแก่สหวิชาชีพ เมื่อผู้ป่วยเห็นความจำเป็น และเห็นว่าการปฏิบัติตามโปรแกรมไม่ยุ่งยากซับซ้อนเป็นรูปธรรม และมีผู้ที่มีความรู้ เช่น แพทย์คอยให้คำแนะนำ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายได้ตามความต้องการ มีการตรวจสอบ (Monitor) จากอาสาสมัครหมู่บ้าน กระบวนการเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติอย่างเป็นประจำจึงนำไปสู่การมีผลระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา สารกอง[11] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 42.12 และงานวิจัยของละอองกลิ่น กนกแสง[13] ซึ่งได้ศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้เกิดแรงจูงใจระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถดูแลจัดการตนเองเข้าใจสาเหตุจนกระทั่งวิธีการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มการเก็บข้อมูลตัวแปรแทรกซ้อน นำมาวิเคราะห์ปัจจัยของตัวแปรร่วมที่อาจส่งผลต่อปริมาณ HbA1c ในร่างกาย อาจจะสามารถช่วยให้ผลการวิจัย มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). International Diabetes Federation [Internet]. Facts & figures; 2023 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/
2. World Health Organization (WHO). Diabetes [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.Php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
5. Health Data Center (HDC) จังหวัดมหาสารคาม. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
6. เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนะ. การประเมินประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสตูล. วารสารวิชาการเขต 12. 2546;14(3):45-60.
7. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่ม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารแพทย์เขต 6-7. 2547;23(1):77-89.
8. Miller W R, Rollnick S. What makes it Motivational Interviewing?. Presentationat the International Conference on Motivational Interviewing (ICMI). Stockholm; 2010.
9. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, น้ำเพชร สายบัวทอง. ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาตำบลตลาดขวัญ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2564;27(1):64-75.
10. Steffen P L S, Mendonça C S, Meyer E, Faustino-Silva D D. Motivational interviewing in the Management of Type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension in primary health care: an RCT. Am J Prev Med. 2021;60(5):e203-e212.
11. เสกสรรค์ จวงจันทร์, พนิดา สารกอง, สายชล นิลเนตร. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลนาคูณ.วารสารสำ นักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 2562;17(2):37-47.
12. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(3);134-45.
13. ละอองกลิ่น กนกแสง. ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):161-70.
14. Prochaska J O, DiClemente C C. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Dow Joneslrwin; 1984.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

The development of a nursing care model for patients with sepsis through the participation of a multidisciplinary team and network partners in Thawat Buri District, Roi Et Province

ปิยนุช อนุแก่นทราย* พรธิดา แสนสวนจิตร สุพัตรา พรมวงค์*****
Piyanoot Anukaensai* Porntida Sansuanchit Supatra Promwong*****
Corresponding author: e-mail: Piyanootanukaensai@gmail.com
(Received: September 13, 2024; Revised: September 20, 2024; Accepted: October 20, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในอำเภอธวัชบุรี ระยะที่ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย และระยะที่ 3) การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาการดำเนินวิจัยเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนตุลาคม 2566 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย (1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะที่ศึกษาสถานการณ์ จำนวน 30 คน และระยะการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน จำนวน 100 คน (2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลธวัชบุรีและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธวัชบุรี จำนวน 30 คน และ (3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10 คน ผู้ร่วมวิจัยเป็นบุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลธวัชบุรีและเครือข่ายบริการ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi square test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : (1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในอำเภอธวัชบุรีมีปัญหาในประเด็นเรื่องการเข้าถึงบริการการรักษาที่ล่าช้าและการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้และขาดความตระหนักโดยการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความรวดเร็วในเข้าถึงเพื่อให้มีการประเมินตั้งแต่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) อย่างรวดเร็ว ความรวดเร็วในการให้การรักษาและการให้การพยาบาลจึงจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต (2) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว องค์ประกอบที่ 2) กลไกการเฝ้าระวังและค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในชุมชนอย่างรวดเร็วโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน องค์ประกอบที่ 3) ระบบการเข้าถึงบริการการรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว

(Fast Track) และองค์ประกอบที่ 4) นโยบายชัดเจนและมีการทำงานเป็นทีมสอดประสานแบบไร้รอยต่อ ส่วนผลลัพธ์ พบว่าประชาชนมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ดีต่อการจัดการโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในครัวเรือนของตนเองและชุมชน พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Sepsis Protocol โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.12, SD.=0.34) การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้นจาก 51% เป็น 86% จำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจาก 34% เป็น 12% จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ลดลงจาก 26.6% เป็น 11.8%

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นไปตามมาตรฐานเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; การมีส่วนร่วม

*,*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี
** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

Abstract

Purposes : To examine a situation, develop, and evaluate the outcomes of a nursing care model for patients with sepsis through the collaboration of a multidisciplinary team and network partners in Thawat Buri District, Roi Et Province.

Study design : This study employed a mutual collaborative action research design.

Materials and Methods : The research was conducted in three phases. Phase 1 involved studying the situation of sepsis patient care. Phase 2 focused on developing a sepsis care model through collaboration between a multidisciplinary team and network partners. Phase 3 evaluated the outcomes of this developed sepsis care model. The research was carried out from October 2021 to October 2023. The key informants included (1) service users: 30 patients with sepsis during the situational study and 30 patients involved in the model development phase, and 100 individuals from at-risk groups in the community; (2) 30 healthcare providers from Thawat Buri Hospital and its healthcare network; and (3) 10 key personnel responsible for developing the sepsis care system with the multidisciplinary team. The participants in this study were multidisciplinary healthcare providers from Thawat Buri Hospital and its network. Data analysis was conducted using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and content analysis.

Main findings : The study found that sepsis care in Thawat Buri District faced issues with delayed access to treatment and poor communication among the multidisciplinary team. Patients lacked knowledge and awareness, making timely access to care crucial for quick diagnosis, treatment, and nursing interventions, which ultimately reduced complications and mortality rates. The developed sepsis nursing care model included four key components: 1) enhancing health literacy in at-risk populations for timely access to care, 2) implementing a surveillance mechanism to identify patients early within the community through network collaboration, 3) establishing a fast-track system for rapid access to sepsis treatment and circulatory system recovery, and 4) promoting clear policies and seamless multidisciplinary teamwork. The outcomes revealed improvements in public knowledge, attitudes, and practices related to sepsis management in households and the community. Nurses adhered to the Sepsis Protocol at a high level (Mean=4.12, SD=0.34). The number of sepsis patients diagnosed and treated before entering septic shock increased from 51% to 86%. Complications due to sepsis-related shock decreased from 34% to 12%, and mortality rates dropped from 6.6% to 1.8%.

Conclusion and Recommendations : The sepsis nursing care model developed through multidisciplinary team and network collaboration in Thawat Buri District, Roi Et Province, can be used as a guideline for sepsis patient care. It ensures that patients receive timely and proper care according to standards, leading to positive nursing and clinical outcomes.

Keywords : Sepsis; Sepsis nursing care; Multidisciplinary collaboration

*,*** Registered Nurse, Professional Level, Thawat Buri hospital. ** Medical Physician, Professional Level, Thawat Buri hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากผลของภาวะนี้มีผลมาจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ ส่งผลให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 49 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 11 ล้านราย เป็นอันดับ 1 ใน 5 เป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน[1-2] อัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 15-50 เฉลี่ยทุก ๆ 2.8 นาทีมีผู้เสียชีวิต 1 ราย[3] สำหรับประเทศไทยนั้น ข้อมูลเอกสารแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ระบุว่าพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี หรือเสียชีวิตเฉลี่ย 5 รายต่อชั่วโมง โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี พ.ศ.2562-2564 เท่ากับ 32.92,32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2564 ตั้งเป้าหมายเอาไว้ว่าต้องน้อยกว่าร้อยละ 28.0 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คือ การได้รับการวินิจฉัยล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ยังขาดแนวทางในการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบภายในจังหวัดตั้งแต่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับทุติยภูมิ รวมไปถึงระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพยังไม่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลที่ล่าช้าและไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น[4] จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีอุบัติการณ์ที่สูงมากเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระยะยาว

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และเชื้อหลายชนิดร่วมกัน ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่เป็นระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด คือ การมีโรคประจำตัว ที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน โรคตับแข็ง โรคภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกายบกพร่อง การทำหัตถการต่างๆ ที่ต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกายเป็นการนำเชื้อโรคให้เข้าสู่ร่างกายได้ง่ายทั้งสิ้น การให้ยาปฏิชีวนะนานเกินไปหรือให้ยาปฏิชีวนะหลายๆชนิดพร้อมกันหรือให้โดยไม่จำเป็น

หัวใจสำคัญของการดูแลรักษาหรือกลยุทธ์ในการดูแลรักษามุ่งเน้นที่ความรวดเร็วในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยที่แสดงอาการเบื้องต้นให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทันที ประกอบด้วยการบริหารสารน้ำและเลือดทดแทน การให้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือดและยาที่เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลาง และค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด[1] ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นหนึ่งในสาขาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ จึงกำหนดนโยบายให้เขตสุขภาพมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ. 2561 - 2565 ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) ก่อนให้ปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย การได้รับสารน้ำ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรกในกรณีไม่มีข้อห้ามซึ่งตัวชี้วัดข้างต้นต้องปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ภายใน 3 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30[4] การปฏิบัติตามตัวชี้วัดจะช่วยลดอัตราตายภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญจึงต้องได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจึงจำเป็นต้องปรับปรุงรูปแบบเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของแนวทางการรักษาที่เป็นปัจจุบันและสอดรับกับแผนพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันได้มีการนำความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาปรับใช้ให้เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละบริบทของหน่วยงานเพื่อป้องกันความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย ลดวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ตลอดจนการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล

เช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบหลายรูปแบบ เช่น สมพร รอดจินดา[5] ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาโดยคำนึงถึงบริบทของโรงพยาบาล โดยมีการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบบริการ และระบบการสร้างเสริมศักยภาพของบุคลากรช่วยให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราตายมีแนวโน้มลดลง ส่วนคนึงนิจ ศรีษะโคตร และคณะ[6] ได้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดทางคลินิกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ระยะ คือ 1) สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา 2) สร้างทีมงาน 3) นำร่องการพัฒนา และขยายแนวร่วมการพัฒนา พบว่ามีผลลัพธ์ของการพยาบาลดีขึ้น และการเกิดอาการทรุดทางคลินิกลดลง จากสถานการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับความต้องการการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการด้านปฏิบัติการพยาบาลให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลธวัชบุรีเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 30 เตียง แต่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลจริง 38 เตียง พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากข้อมูลปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่ามีผู้มารักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น คือ 51, 62 และ 68 คน ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 20.6, 19.2 และ 31.8 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[7] เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าถึงบริการที่ล่าช้าและพบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผ่านมาของโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่ายังไม่มีความชัดเจน พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของพรนภา วงศ์ธรรมดี[8] พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที ยังมีอัตราการเกิดภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อลดอัตราการสูญเสียจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น คือ การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและการป้องกันการเกิดภาวะ Severe sepsis และ Septic shock ในชุมชน คือการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและวิธีการป้องกัน ซึ่งต้องประสานงานทีมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน[4]

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกะแสเลือดในโรงพยาบาลธวัชบุรีเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Taggart[9] เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุง และดำเนินการใหม่เป็นวงจรจนกว่าจะได้ระบบรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดที่เหมาะสมและคล้องกับบริบท และปัญหาที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลธวัชบุรี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ให้ได้มาตรฐาน สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะที่ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด และระยะที่ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด และดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2566

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Mutual collaborative action research)

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลธวัชบุรีและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธวัชบุรี

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย (1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะที่ศึกษาสถานการณ์ จำนวน 30 คน และระยะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน จำนวน 100 คน (2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลธวัชบุรีและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธวัชบุรี จำนวน 30 คน และ (3) ผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลธวัชบุรีและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธวัชบุรี จำนวน 10 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลธวัชบุรีและเครือข่ายบริการ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ CPG การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลธวัชบุรี ฉบับปรุบปรุง พ.ศ.2560-2565 และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มระยะศึกษาสถานการณ์และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

ระยะที่ 2) พัฒนารูปแบบ

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ เพศ ภูมิลำเนา การมาโรงพยาบาล เวลาที่มาถึง อาการสำคัญที่มา โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง อุปกรณ์ที่สอดใส่ การวินิจฉัยโรค เวลาที่วินิจฉัย หัตถการและยาที่ได้รับ เวลาที่ให้ยาและทำหัตถการ

2) แนวคำถามสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์การสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาหลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย สรุปผลการดำเนินการการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย

ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะที่ 3) ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบ

1) แบบประเมินการปฏิบัติตาม CNPG ของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผลลัพธ์การรักษา (Out come)

3) แบบทดสอบความรู้และประเมินทัศนคติของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 100 คน

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และยกร่างรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลธวัชบุรี แนวคิดทฤษฎี วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและจัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ฉบับร่าง (เดือนธันวาคม พ.ศ.2564)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด วงรอบที่ 1 (เดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลธวัชบุรีและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธวัชบุรี จำนวน 10 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์จาก CPG การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลธวัชบุรี ฉบับปรุบปรุง พ.ศ.2560-2565 เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบฯ ฉบับร่างและปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมครั้งที่ 1 (เดือนมีนาคม 2565)

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาครั้งที่ 1 ไปทดลองปฏิบัติ เป็นเวลา 2 เดือน (เดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2565)

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด วงรอบที่ 2 (เดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2565) โดยสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อร่วมกันสรุปและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานตามรูปแบบฯ 1 เดือน (เดือนสิงหาคม 2565) และร่วมกันปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ให้เหมาะสมครั้งที่ 2 (เดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2565)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้นไปทดลองโดยการให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยแพทย์ ชี้แจงแนวทางดำเนินงานตามรูปแบบฯ แจกเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในช่วงการนำรูปแบบฯไปทดลองดำเนินการ เป็นระยะเวลา 6 เดือน (เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566)

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี

จังหวัดร้อยเอ็ด เปรียบเทียบก่อนและหลัง

1) แบบประเมินการปฏิบัติตาม CNPG ของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

2) แบบบันทึกข้อมูล Out come ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3) แบบทดสอบความรู้และประเมินทัศนคติของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ความรู้เรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือด, การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย, การดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดในครอบครัวและในชุมชน) เป็นระยะเวลา 6 เดือน (เดือนพฤษภาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566)

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1472563, COE 1792564, COE 1692565 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการและได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เริ่มจากการพัฒนา CPG และ Competency เริ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 68 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธวัชบุรีปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็น 31.8% เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการเข้าถึงบริการที่ล่าช้าและพบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผ่านมาของโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่ายังไม่มีความชัดเจน พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติน้อย การปฏิบัติยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละคน

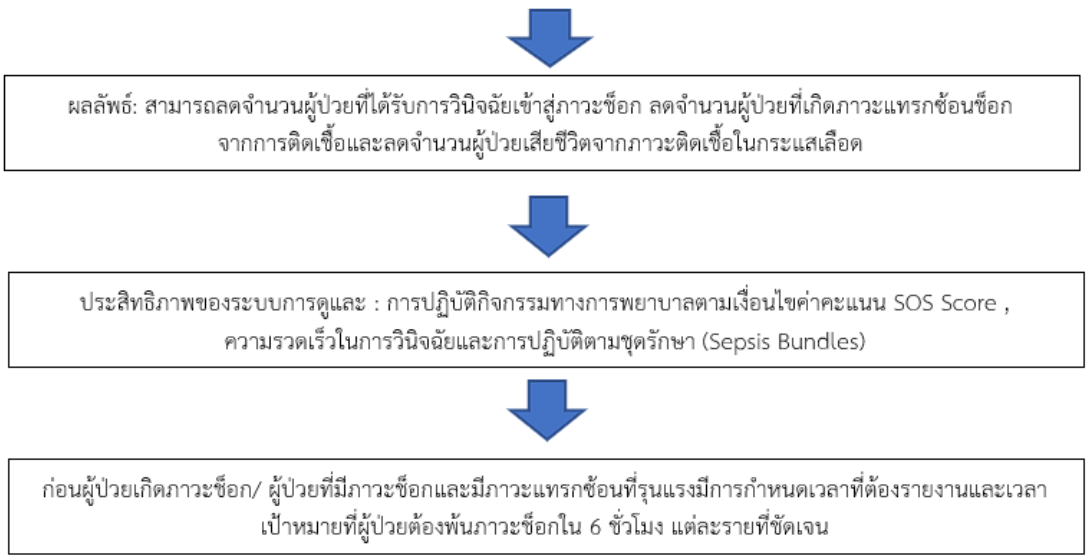
2. ระยะการพัฒนารูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว องค์ประกอบที่ 2) กลไกการเฝ้าระวังและค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในชุมชนอย่างรวดเร็วโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน องค์ประกอบที่ 3) ระบบการเข้าถึงบริการการรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว (Fast Track) และองค์ประกอบที่ 4) นโยบายชัดเจนและมีการทำงานเป็นทีมสอดประสานแบบไร้รอยต่อ

รูปแบบ : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

องค์ประกอบ	รายละเอียด	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติ
1	การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุ 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือมีแผลเบาหวาน 3. ผู้ป่วยโรคตับแข็ง 4. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไต 5. ผู้ป่วยติดเตียง 6. ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	1. การพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพที่จำเป็น **(นวัตกรรมชุดความรู้ Sepsis, Ebook, คลิปวีดีโอ)** 2. พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ และบริการด้านสุขภาพ 3. สร้างจิตสำนึกและคุณธรรม ในการผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และบริการด้านสุขภาพ 4. สร้างการรู้เท่าทันสื่อ 5. ระบบบริการที่เป็นมิตร 6. การศึกษาวิจัยควรมุ่งพัฒนาเครื่องมือการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ **(แบบทดสอบความรู้และประเมินทัศนคติประชากรกลุ่มเสี่ยง)**	1. พยาบาล รพ.สต. 2. นักวิชาการสาธารณสุข 3.อสม.
2	กลไกการเฝ้าระวังและค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในชุมชนอย่างรวดเร็วโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน	-แนวทางการคัดกรอง SIRS Criteria ในประชากรกลุ่มเสี่ยง -การเฝ้าระวัง โดย อสม.ประจำพื้นที่ **(นวัตกรรม : แผนที่ดาวแดง)** -ระบบการรายงาน Case -ระบบการ Consult แพทย์ Telemedicine	1. พยาบาล รพ.สต. 2. นักวิชาการสาธารณสุข 3. อสม.
3	ระบบการเข้าถึงบริการการรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว (Fast Track)	-แนวทางการคัดกรอง qSoFa -Sepsis Bundles, SOS Score -CPG การดูแลรักษา -CNPG การปฏิบัติการพยาบาล -ระบบ Fast track -ระบบการส่งต่อ, การจำหน่าย	ทีมสหวิชาชีพ

ตาราง (ต่อ)

องค์ประกอบ	รายละเอียด	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติ
4	นโยบายชัดเจนและมีการทำงานเป็นทีมสอดประสานแบบไร้รอยต่อ	-Policy -การทำงานเป็นทีม -การมอบหมายงานที่ชัดเจน -การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	ทีมสหวิชาชีพ



3. ระยะประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า

3.1) ระยะทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด วงรอบที่ 1 พบว่า บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การซักประวัติยังไม่ครอบคลุม ทำให้การวินิจฉัย การรักษา/ส่งต่อล่าช้า ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลความก้าวหน้าของการรักษาไม่เพียงพอ ขาดความต่อเนื่องของการให้ข้อมูล ทำให้ญาติและครอบครัวบางราย เกิดความวิตกกังวล และไม่พึงพอใจ ผลการทดลอง วงรอบที่ 2 พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เพิ่มขึ้น มีการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด มาใช้ในการคัดกรอง ประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะช็อก แต่ยังพบปัญหาสัญญาณชีพของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับอาการที่ปรากฏส่งผลต่อการประเมินภาวะช็อก ผลของการทบทวนพบว่าเกิดจากความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือที่นำมาใช้วัดสัญญาณชีพผู้ป่วย มีการนำ Cuff BP ที่ไม่เหมาะสมตามช่วงอายุของผู้ป่วยมาใช้วัดและติดตามสัญญาณชีพ และ

ได้นำสัญญาณเตือน (Early Warning Sign) มาใช้ในการเฝ้าระวังอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อก ส่งผลให้ผลการทดลองในวงรอบที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและประเมินอาการก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ จึงได้ประกาศใช้เพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

3.2) พยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.12, SD.=0.34) และพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้นจาก 80% เป็น 97% และมีการปฏิบัติตามรูปแบบฯ เพิ่มขึ้นจาก 67% เป็น 85%

3.3) Out come ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้นจาก 51% เป็น 86% จำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อในกระแสลดลงจาก 34% เป็น 12% จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ลดลงจาก 26.6% เป็นร้อยละ 11.8%[7]

3.4) ภายหลังการให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีความรู้ ทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการให้ความรู้และทัศนคติ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนเท่ากับ 6.55 และหลังเท่ากับ 13.5 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาด้านการบริหารการปฏิบัติ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้ว พบว่าส่วนใหญ่เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก[10] ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบมีปัญหา 3 ด้าน คือ ด้านการบริหาร ด้านการปฏิบัติ และด้านการสนับสนุนและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางฯ ที่ประกอบไปด้วยการนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางฯ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการช่วยชีวิตใน 1 ชั่วโมงหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา แนวทางการเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ และการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงจากเดิม และคะแนนความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีค่ามัธยฐานหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการพัฒนาแนวทางฯ นี้ สามารถพัฒนาการพยาบาลให้มีคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว องค์ประกอบที่ 2) กลไกการเฝ้าระวังและค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในชุมชนอย่างรวดเร็วโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน องค์ประกอบที่ 3) ระบบการเข้าถึงบริการการรักษาการติดเชื้อในกระแสเลือดและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว (Fast Track) และองค์ประกอบที่ 4) นโยบายชัดเจนและมีการทำงานเป็นทีมสอดประสานแบบไร้รอยต่อ สอดคล้องกับนันทรัตน์ โกษาแสง[11] พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) กลไกการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ

3. การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอ

ธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.12, SD.=0.34) และพบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้นจาก 80% เป็น 97% และมีการปฏิบัติตามรูปแบบฯเพิ่มขึ้นจาก 67% เป็น 85% สอดคล้องกับนันทรัตน์ โกษาแสง[11] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสโลหิตและบันทึกด้วยโปรแกรม IPD Paperless หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้นจาก 73% เป็น 93% จำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ ลดลงจาก 26% เป็น 10% จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ลดลงจาก 6.6% เป็น 0%

ข้อเสนอแนะ

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็วเป็นไปตามมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

1) ก่อนการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดไปใช้ควรอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบ ในทุกระยะของการปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) ผู้บริหารควรสนับสนุน ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ มีการปฏิบัติตามรูปแบบอย่างต่อเนื่องโดยติดตามนิเทศและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ สู่การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1) ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดความร่วมมือและร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่เสียชีวิต 2) การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแล 3) ระยะเวลาในการศึกษาการวิจัย และพัฒนาควรเป็นการศึกษาระยะยาวเพื่อใช้ในการปรับปรุงแก้ไขในการนำเครื่องมือไปใช้อย่างต่อเนื่อง และ 4) จากองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบที่พบอาจต่อยอดในการทำ Factor analysis การวิเคราะห์เพื่อศึกษาว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สำคัญในการวิจัยในครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. 2020 [Internet]. [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240010789
2. Global Sepsis Alliance. Sepsis. 2022 [Internet]. [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://www.global-sepsis-alliance.org/sepsis
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทางสถิติอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/
4. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. 2562 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2562/inspec62_1/9(14.11.61%20edited).pdf
5. สมพร รอดจินดา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31(1),212-31.

6. คนึงนิจ ศรีษะโคตร, วไลพร ปักเคระกา, จุลินทร ศรีโพนทัน, นิสากร วิบูลชัย, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, รุ่งนภา ธนูชาญ, และคนอื่นๆ. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2564;27(2):151-64.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php
8. พรนภา วงศ์ธรรมดี. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม
9. [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2562.
9. Kemmis, Mc Taggart R. The Action research planner, 3 rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
10. พรรณี ชูศรี, อิสราภรณ์ ปัญญา, ปิยะเนตร ปานเกิด, การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(2):12-27.
11. นันทรัตน์ โกษาแสง. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและบันทึกด้วยโปรแกรม IPD Paperless หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ. 2566 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/postdoc/index.php?fn=detail&sid=284

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of clinical nursing practice guideline for Serious Mental Illness With High Risk to Violence Psychiatric and Drug Patients to community in Kaset Wisai Roiet Province

ปิยวดี ราชพลแสน* อรพรรณ สุนทวง**

Piyawade Rachpolsaen* Orapun Suntuang**

Corresponding author : E-mail: piyawadee1972@gmail.com

(Received: September 13, 2024; Revised: September 20, 2024; Accepted: October 20, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mctaggart

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จำนวน 4 คน 2) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 คน และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในช่วงเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 จำนวน 273 ราย เครื่องมือประกอบด้วยแนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล มีดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวทางของอำเภอเกษตรวิสัย แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ร่วมพัฒนา ประกอบด้วยการพยาบาลแบ่งตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเริ่มดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับ 2 และพยาบาลในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสภาพปัญหาโดยใช้แบบประเมิน 10 ด้าน 2) การวินิจฉัยปัญหาจากแบบประเมิน 10 ด้าน 3) การวางแผนการดูแลโดยใช้ Care Plan ตามปัญหา 10 ด้าน 4) การปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ทุก 1 เดือน 5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และ 6) การวางแผนดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์หลังการดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในลดลงจากร้อยละ 7.3 เหลือเป็นร้อยละ 2.6 และการประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาล 20 คน พบว่า ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และลดการมารักษาในโรงพยาบาล ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อเพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามระยะเวลานานขึ้น

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the situation, develop nursing practice guidelines and evaluate the implementation of nursing practice guidelines.

Study design : It is an action research by applying the concept of Kemmis and Mctaggart.

Materials and Methods : The sample group was divided into 3 groups according to the specified criteria, consisting of 1) 4 nurses in charge of work at Kaset Wisai Hospital. 2) 16 nurses responsible for work in sub-district health promotion hospitals and 3) 273 patients registered during January 2023 to April 2023. The instruments consisted of focus group discussion questions, questionnaires, and nursing practice guidelines. The content validity index was 0.80. Data were analyzed using percentages and content analysis.

Main findings : It was found that there are no nursing practices that are specific to Kaset Wisai District. The co-developed nursing practice guidelines consisted of nursing care divided according to the overt aggression scale, with nurses in the sub-district health promoting hospital initially caring for patients with level 2 aggressive behavior, and nurses in the Kaset Wisai Hospital initially caring for patients with level 3 aggressive behavior. Nursing practice guidelines consist of 6 steps: 1) Assessment of the problem using a 10-dimension assessment form from Department of Mental Health, 2) Diagnosis of the problem from the 10-dimension assessment form, 3) Care planning using a Care Plan based on the 10 - dimension problems, 4) conduct 4 home visits per month nursing operations, 5) evaluating nursing practice results, and 6) planning for continued care. The results after the implementation found that the number of patients seeking treatment as inpatients in the hospital decreased from 7.3 percent to 2.6 percent, and the evaluation of the quality of the implementation of the nursing practice guidelines by 20 nurses found that 100 percent of them were able to implement them.

Conclusion and recommendations : Has a quality and standard nursing practice guideline for psychiatric and drug addict patients at high risk of violence in the community and reduces hospitalization. Further experimental research should be conducted to demonstrate the effectiveness more clearly, including a much longer follow-up period.

Keywords : Nursing practice guidelines; Psychiatric patients and drug addicts

* Registered Nurse, Professional Level, Kaset Wisai District Health Office.

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Roiet Hospital.

บทนำ

สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันพบว่าผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 20 และมักเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง[1] องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช จะเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 1,500 ล้านคนทั่วโลก ตลอดจนคาดการณ์ว่าสัดส่วนของโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดภาวะสูญเสียความสามารถจะสูงขึ้นจากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ 2543 เป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2565 และจากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค พบว่าโรคจิตเวชก่อให้เกิดภาระร้อยละ 11[2]

โรคจิตเวชและยาเสพติดมีผลกระทบต่อครอบครัวคือญาติมีความเครียดอันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจากการไม่ยอมรับประทานยา มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม รู้สึกอับอาย ผลกระทบต่อสังคมคือ การสร้างความเดือดร้อนให้ชุมชนเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด พกอาวุธ หรือทำข้าวของ ผลกระทบต่อประเทศ ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ[3-8] สำหรับสถิติในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับบริการในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2,322,497 คน โดยคาดการณ์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรง จำนวน 200,000 - 300,000 คน[9] ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงแนวโน้มปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีโอกาสก่อความรุนแรงซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาสำคัญอื่นๆของประเทศตามมา[10]

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยมุ่งหวังให้เกิดระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการดำเนินการดังกล่าวครอบคลุมทั่วประเทศ[11]

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งอำเภอในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการกำเริบของอาการทางจิตและลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดของอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด[12] ระหว่างปี พ.ศ.2563 - พ.ศ.2565 พบว่าสถิติจำนวนของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ 2563 พบ จำนวน 570 ราย และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ 2565 จำนวน 890 ราย ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมามีการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อเป็นการต่อยอดการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ผู้ศึกษาซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนทั้งอำเภอ จึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของKemmis and Mctaggart[13]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลอำเภอเกษตรวิสัย

2. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเกษตรวิสัย

3. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่ขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

ได้แก่

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลอำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 4 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช/ยาเสพติด

2) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี

3) สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการต่อ

2) มีธุระหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

2. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 แห่งๆละ 1 คน รวม จำนวน 16 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1) ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการต่อ

2) มีธุระหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

3. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่ได้รับการสำรวจและขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาที่ศึกษาเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 จำนวน 273 ราย มีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusive criteria) คือ

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V ตามเกณฑ์การจำแนกของกรมสุขภาพจิตดังนี้

SMI-V 1 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่พบเคยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMI-V 2 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่พบเคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง หรือเคยก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

SMI-V 3 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่พบเคยมีประวัติมีอาการหลงผิด มีประวัติมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง

SMIV 4 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่พบเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เช่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถาบันบำบัดเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านยาเสพติด

2) ผู้ป่วยถูกส่งต่อเข้าเรือนจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนสำหรับพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. แบบสอบถามคำถามปลายเปิดในประเด็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า “เป็นไปได้” หรือ “เป็นไปไม่ได้” จำนวน 15 ข้อคำถาม

4. คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิพยาบาล

จิตเวช 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา พร้อมกับตรวจสอบความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุคะแนนในแบบสอบถามความตรงตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.80 และผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหาเพื่อให้มีความเหมาะสม และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อคำถามตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของKemmis and Mctaggart[13] มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 26 – 28 ธันวาคม 2565 มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เพื่อเป็นบริบทข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา

2) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยนัดสนทนากลุ่มกับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานของเครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาล และร่วมจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล

3) ร่วมสรุปจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 29 – 30 ธันวาคม 2565 มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้รับผิดชอบงานของเครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนที่จะนำแผนแนวปฏิบัติการพยาบาลไปปฏิบัติ

2) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลอำเภอเกษตรวิสัย และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปปฏิบัติกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาดำเนินการเริ่มเดือนมกราคม 2566 -เดือนเมษายน 2566

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน 2566 - เดือนพฤษภาคม 2566 มีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1) ระหว่างดำเนินการผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมโดยสุ่มลงร่วมเยี่ยมบ้านในพื้นที่ สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตามคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล

2) ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยทำแบบสอบถามประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะ

3) การประเมินการกลับมารับรักษาในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลเวชระเบียนการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการขึ้นทะเบียนการดูแลในช่วงเดือนมกราคม 2566 -เดือนเมษายน 2566 ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1) สนทนากลุ่มในพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนที่ได้จากผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2) ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

3) วิเคราะห์ข้อมูลการรับรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรคำนวณร้อยละ ดังนี้

$$\text{อัตราการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน} \times 100}{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทั้งหมด}}$$

การการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับเอกสารรับรอง เลขที่ COE 1682565 วันที่รับรอง 22 ธันวาคม 2565 ถึง 21 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ขอสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานของเครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ทุกคนการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 10- 20 ปี ร้อยละ 40

2) สรุปสถานการณ์ ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ยังไม่มีแนวปฏิบัติ การพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งอำเภอ โดยการปฏิบัติการพยาบาลตามทักษะบริบทของแต่ละบุคคล ยังไม่มีรูปแบบเป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมินสภาพปัญหาตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS: Overt Aggression Scale) เพื่อแบ่งระดับการพยาบาล และเริ่มปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเป็นผู้จัดการรายกรณี ตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1) การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยใช้แบบประเมิน 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต

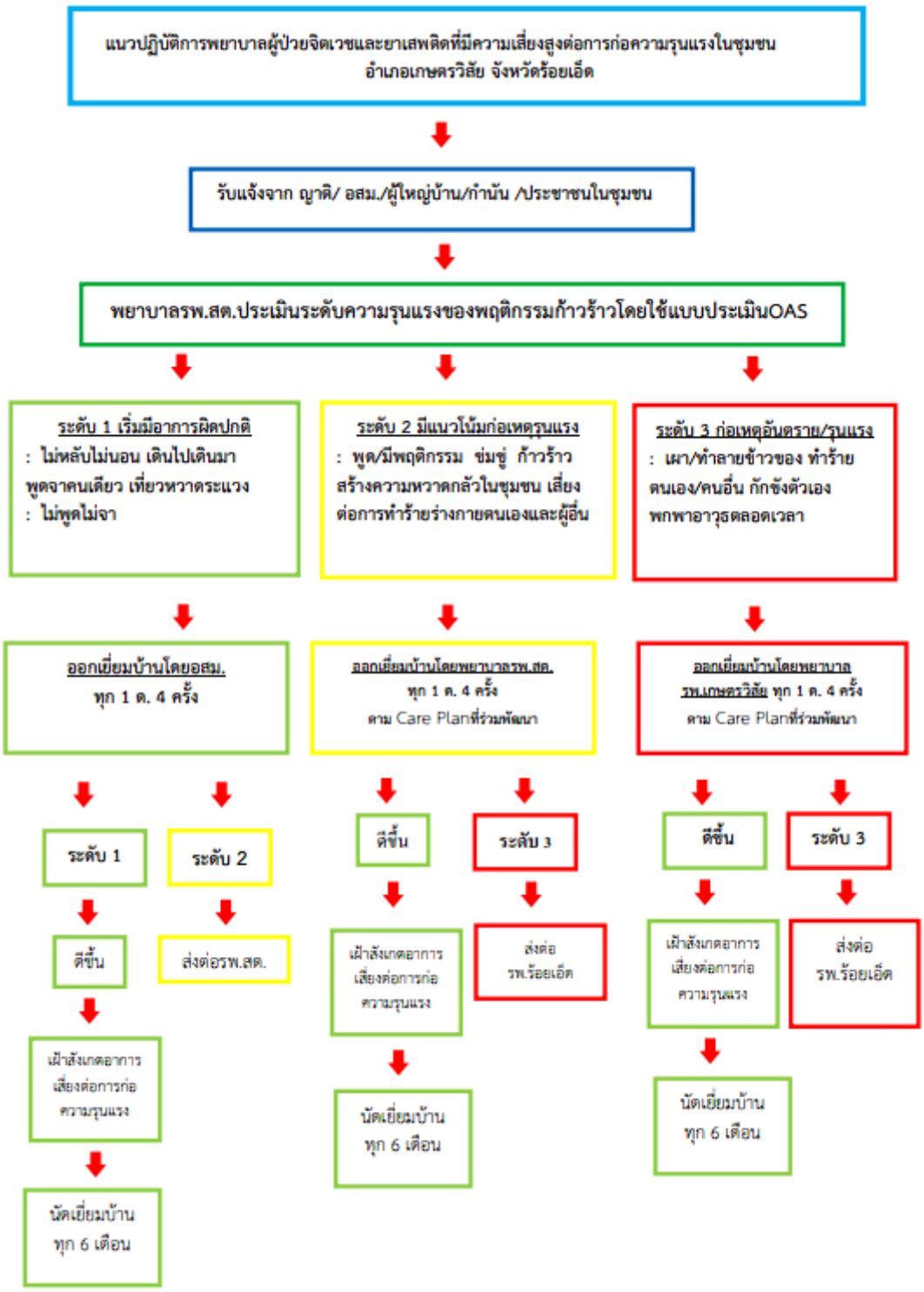
2) การวินิจฉัยปัญหาจากแบบประเมิน 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต

3) การวางแผนการดูแล Care Plan จากปัญหาตามแบบประเมิน 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต

4) การปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรง

5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลจากแบบประเมิน 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต

6) การวางแผนดูแลต่อเนื่อง โดยระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 30 นาที – 60 นาที ระยะเวลา ทุก 1 เดือน แบ่งระดับการดูแล ตามแผนภูมิรูปที่ 1



แผนภูมิรูปที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นไปใช้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา มีจำนวน 273 ราย พบว่า สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 73.26 เป็นเพศชาย ร้อยละ 96.33 อายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี ร้อยละ 73.26 การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 73.26 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 66.07 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 80.59 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001- 15,000 บาท ร้อยละ 77.65 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนมากอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 82.41 และทุกคนมีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100

2) ผลการประเมิน

3.1 ประเมินการรับรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 พบว่า ลดลงจากปี พ.ศ.2565 เท่ากับ 7.3 % เป็นปี พ.ศ.2566 เท่ากับ 2.6 %

3.2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนำไปใช้ได้ทุกข้อคำถาม คือ ด้านการประเมินสภาพปัญหาโดยใช้แบบประเมิน 10 ด้าน ด้านการวินิจฉัยปัญหาจากแบบประเมิน 10 ด้าน ด้านการวางแผนการดูแล Care Plan 10 ด้าน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้าน 10 ด้าน ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวางแผนดูแลต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความคิดเห็นต่อการนำไปใช้	
	เป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้
1. การประเมินสภาพปัญหาโดยใช้แบบประเมิน 10 ด้าน (1ข้อ)	20 (100.00)	0 (0.00)
2. ด้านการวินิจฉัยปัญหาจากแบบประเมิน 10 ด้าน (1ข้อ)	20 (100.00)	0 (0.00)
3. ด้านการวางแผนการดูแล Care Plan 10 ด้าน (1ข้อ)	20 (100.00)	0 (0.00)
4. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้าน 10 ด้าน (10 ข้อ)	20 (100.00)	0 (0.00)
5. ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (1ข้อ)	20 (100.00)	0 (0.00)
6. ด้านการวางแผนดูแลต่อเนื่อง (1ข้อ)	20 (100.00)	0 (0.00)

3.2 สนทนากลุ่มพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน และสรุปข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด พบว่า สิ่งที่อยากให้ทางระดับอำเภอเกษตรวิสัยดำเนินการ คือ มีการประชุมพัฒนาศักยภาพ ทุก 1 ปี จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับอำเภอ และมีช่องทางการส่งต่อเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในรายที่มีปัญหาชุมชนไม่พร้อมรับกลับชุมชน

วิจารณ์

ผลการศึกษาสถานการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งอำเภอ แต่ละบุคคลลงเยี่ยมบ้านตามทักษะบริบทของตนเอง การร่วมกันวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ตอบสนองความต้องการในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พยาบาลผู้รับผิดชอบงานทุกคนให้ความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย

ของสุกัญญาและคณะ[14] วิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดผลสำเร็จคือกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติจริงในพื้นที่เริ่มต้นจากการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาในพื้นที่ทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินการไปสู่ขั้นตอนอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแนวคิดของ Kemmis and Mctaggart พบว่าเกิดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่และการร่วมจัดทำแผนการดำเนินงาน สอดคล้องการศึกษาของวีระยุทธ์ชาตะการญจน์[15] ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติตามแนวคิดของ Kemmis and Mctaggart พบว่า เป็นกระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม การร่วมมือของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะต้องบูรณการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ และจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานเกิดผลสำเร็จได้แก่ มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมผู้นำในชุมชนและทีมสหวิชาชีพในชุมชนได้ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง ร่วมถึงการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกในชุมชนทำให้ลดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงในชุมชนได้

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่า การรับรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 ลดลงจากปี พ.ศ.2565 เท่ากับ 7.3% เหลือเท่ากับ 2.6% หลังประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทุกคนสามารถดำเนินการได้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดการก่อความรุนแรงในชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลส่งผลต่อการลดลงของการรับรักษาแบบผู้ป่วยในจากการที่พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน โดยมีการประเมินสภาวะผู้ป่วยในบริบทที่บ้าน มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยเน้นการยอมรับ มีความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึกที่ดีและไว้วางใจกับผู้ป่วย พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว การสอนและให้ความรู้การดำเนินชีวิตประจำวัน การกินยา และการประกอบอาชีพที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้โอกาสการประคับประคองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ มีการประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ส่งผลต่อการลดการก่อความรุนแรงในชุมชน แม้ยังไม่มีผลการศึกษาอื่นโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของนุษณี เอี่ยมสะอาด และคณะ[16] เรื่องผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนมีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 3 เดือน และให้การดูแลตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและกินยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบที่ต้องส่งต่อรักษา อยู่ในสังคมชุมชนอย่างสงบสุข ประกอบอาชีพได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของรัศมี ชุดพิมาย[17] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=.01

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1) ควรมีการกำกับติดตามหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนในระยะยาว 12 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

2) ควรมีนโยบาย แผนงาน โครงการในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนของอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันและลดปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อเพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
2. World Health Organization. The Global burden of disease of Mental disorders 2020. Global Health Estimates; 2020.
3. ปริวัตร ไชยน้อย. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
4. พรทิพย์ วชิรดิลก, ธีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ณรงค์ชัย วงค์วาร, อัญชุลี เนื่องอุตม์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรราการในพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
5. พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, กชพงศ์ สารการ, ธีราภา ธานี. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;26(2):30-40.
6. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดา นำภา, ธีราภา ธานี, สุภาพร จันทร์สาม. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(3):207-19.
7. Kemppainen J H. Psychiatric Nursing and Medication Adherence. J of Psychosocial Nursing. 2003;41(2):39-49.
8. รัชนีกร อุปเสน. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;8(พิเศษ):308-14.
9. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
10. ศรินรัตน์ จันทพิมพ, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;36(2):68-76.
11. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง.การประชุมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
12. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัยจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2565.
12. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University; 1988.
13. สุกัญญา ละอองศรี, บัววรุณ ศรีชัยกลุ, นภดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2560;23(2):15-26.
14. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏธานี. 2558;2(1):28-49.
15. นุษณี เอี่ยมสะอาด, ปพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(1):10-22.
16. รัศมี ชุดพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอลำปลายมาศจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):851-67.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Thawat Buri district, Roi-Et Province

แวววลี พลเยี่ยม*

Waewwalee Pholyiam*

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

(Received: September 15, 2024; Revised: September 23, 2024; Accepted: October 23, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยใช้การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชน

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 410 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาวะสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) แบบประเมินการดำรงชีวิตในชุมชน (IADLs) แบบประเมินอาการทางจิต (NPI-Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วย Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย : พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 21.71 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ ลักษณะครอบครัว การศึกษา กิจกรรมทางสังคม โรคประจำตัว การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน รวมถึงการพึ่งพาผู้อื่น และอาการทางจิต

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและการดูแลสุขภาพจิต ควรมีการติดตามและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความชุก; ภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยเสี่ยง

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

Abstract

Purposes : This research aims to study the prevalence and factors associated with dementia among elderly individuals living in Thawat Buri district, Roi-Et Province.

Study design : The study utilized a cross-sectional survey approach, gathering data from elderly individuals in the community.

Materials and Methods : The sample consisted of 410 elderly individuals aged 60 and above, selected through simple random sampling. Data collection tools included a personal demographic questionnaire, the Thai Mental State Examination (TMSE), the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) scale, the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q), and the Geriatric Depression Scale (9Q). Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, while hypothesis testing was conducted using the Chi-Square Test and Fisher's Exact Test.

Main findings : The prevalence of dementia among the elderly in Thawat Buri district was found to be 21.71%. Factors significantly associated with dementia included age group, family structure, education level, social activities, chronic illness, vision and hearing impairments, dependence on others and psychiatric symptoms.

Conclusion and recommendations : The study highlights the necessity of developing policies and health promotion activities aimed at preventing dementia among the elderly. Emphasis should be placed on promoting social activities and supporting mental and physical health, with continuous monitoring and care for elderly individuals at risk of dementia.

Keyword: Prevalence; Dementia; Elderly; Risk Factors

* Medical Doctor, Professional Level, Thawat Buri Hospital.

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญที่สุดคือการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ สังคมไทยในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายงานในปี พ.ศ. 2566 ว่าประชากรไทยมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 12,814,778 คน หรือประมาณร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจำนวนนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ[1]

ปัญหาสำคัญที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุคือภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยเฉพาะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) ซึ่งพบได้มากที่สุด ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมาก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นจาก 47.47 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 เป็น 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030[2]

ในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อมคืออายุที่มากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 32.50[3] ซึ่งภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุสำคัญจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง นอกจากนี้ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้เช่นกัน[4] จากการวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ และพันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม[5]

อำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับหลายอำเภอในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า อำเภอวัชบุรีมีประชากรทั้งหมด 51,520 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 12,398 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.06 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรเช่นนี้ทำให้อำเภอวัชบุรีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับหลายพื้นที่ในประเทศ ซึ่งทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวัง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีจำนวนประชากรสูงอายุจำนวนมาก การศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันและจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กลุ่มประชากรที่เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12,398 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie and Morgan[6] ได้จำนวน 373 คน และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ตามหลักของ Librero[7] เพื่อป้องกันการขาดหาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 410 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประเมินเพศ อายุ การศึกษา การอยู่อาศัย กิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

การออกกำลังกาย และโรคประจำตัว

2. แบบทดสอบสภาวะสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ใช้ในการประเมินความสามารถด้านการรับรู้ ความทรงจำ และสมาธิ โดยมีจุดตัดคะแนน ≤ 23 เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[8]

3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน (Instrumental Activity of Daily Living: IADLs) ใช้ในการประเมินการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้โทรศัพท์ การเดินทาง และการจัดการการเงิน[9]

4. แบบประเมินพฤติกรรมและอาการทางจิต (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire: NPI-Q) ประเมินพฤติกรรมและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ[10]

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยคะแนน ≥ 7 บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะซึมเศร้า[11]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัยในการลงนามในใบยินยอมโดยสมัครใจ โดยก่อนการลงนาม ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมที่จะดำเนินการ ความเสี่ยง และประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมทราบและมีความเข้าใจอย่างดี

2. ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลธวัชบุรี ได้รับการอบรมเพื่อทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผ่านการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง

3. หลังจากการคัดกรองและสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งผลการคัดกรองให้ผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลทราบ และดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อบันทึกและนำไปวิเคราะห์ในขั้นตอนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for Windows version 21 (free trial) โดยการแจกแจงความถี่ในรูปของจำนวนและร้อยละ เพื่อหาความชุกของภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และ ฟิชเชอร์เอกแซ็ค (Fisher's exact Test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอและได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด (หมายเลขใบรับรอง COE 1102566) เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2566 หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 วิเคราะห์หาความชุกของภาวะสมองเสื่อม พบว่าในผู้สูงอายุจำนวน 410 คน มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 89 คน คิดเป็นร้อยละ 21.71 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะสมองปกติ และสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 410)

ภาวะสมอง	จำนวน(ร้อยละ)
1. ปกติ	321(78.29)
2. สมองเสื่อม	89(21.71)
รวม	410(100.00)

ตอนที่ 2 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยบางอย่างที่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ กลุ่มอายุ ลักษณะครอบครัว การศึกษา กิจกรรมทางสังคม โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง การสูญเสียการมองเห็นและการสูญเสียการได้ยิน ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลโดยตรงต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ในขณะเดียวกัน ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ซึ่งหมายความว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลอย่างชัดเจนต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษารายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมด้วย Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test (n=410)

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม						p
	รวม (n=410)		มี (n=89)		ไม่มี (n=321)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	173	42.20	37	41.57	136	42.37	.904[F]
หญิง	237	57.80	52	58.43	185	57.63	
กลุ่มอายุ (ปี)							
60-69 ปี	232	56.59	25	28.09	207	64.49	.000 λ^2
70-79 ปี	132	32.20	42	47.19	90	28.04	
80 ปีขึ้นไป	46	11.22	22	24.72	24	7.48	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)							
น้ำหนักน้อยหรือผอม<18.5	43	10.49	11	12.36	32	9.97	.806 λ^2
น้ำหนักปกติ 18.6–24.9	272	66.34	56	62.92	216	67.29	
น้ำหนักเกิน 25.00–29.99	81	19.76	18	20.22	63	19.63	
อ้วน/ท้วม ≥30.00	14	3.41	4	4.49	10	3.12	
ลักษณะครอบครัว							
อาศัยอยู่คนเดียว	17	4.15	5	5.62	12	3.74	.000 λ^2
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	129	31.46	43	48.31	86	26.79	
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	264	64.39	41	46.07	223	69.47	
การศึกษา							
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	2.20	4	4.49	5	1.56	.003 λ^2
ประถมศึกษา	308	75.12	76	85.39	232	72.27	
มัธยมศึกษา	56	13.66	8	8.99	48	14.95	
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	37	9.02	1	1.12	36	11.21	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม						p
	รวม (n=410)		มี (n=89)		ไม่มี (n=321)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กิจกรรมทางสังคม							
เข้าร่วม	23	5.61	15	16.85	8	2.49	.000[F]
ไม่เข้าร่วม	387	94.39	74	83.15	313	97.51	
การออกกำลังกาย							
ไม่ได้ออกกำลังกาย	66	16.10	15	16.85	51	15.89	.355λ^2
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	197	48.05	37	41.57	160	49.84	
ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง	147	35.85	37	41.57	110	34.27	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ไม่ดื่ม	267	65.12	63	70.79	204	63.55	.411λ^2
ดื่ม 1-3 วัน/ สัปดาห์	56	13.66	12	13.48	44	13.71	
มากกว่า 3 วัน	21	5.12	2	2.25	19	5.92	
เคยดื่ม ปัจจุบันหยุดดื่มแล้ว	66	16.10	12	13.48	54	16.82	
การสูบบุหรี่							
ไม่เคยสูบบุหรี่	301	73.41	65	73.03	236	73.52	.091λ^2
สูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ซอง/วัน	49	11.95	14	15.73	35	10.90	
สูบบุหรี่ 1-2 ซอง/วัน	4	0.98	2	2.25	2	0.62	
สูบบุหรี่มากกว่า 2 ซอง/วัน	2	0.49	0	0.00	2	0.62	
หยุดสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 ปี	15	3.66	5	5.62	10	3.12	
หยุดสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปี	39	9.51	3	3.37	36	11.21	
โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง							
ไม่มี	142	34.63	15	16.85	127	39.56	.000[F]
มี	268	65.37	74	83.15	194	60.44	
สูญเสียการมองเห็น							
ปกติ	321	78.29	47	52.81	274	85.36	.000λ^2
สูญเสียบางส่วน	89	21.71	42	47.19	47	14.64	
สูญเสียโดยสิ้นเชิง	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
สูญเสียการได้ยิน							
ปกติ	315	76.83	44	49.44	271	84.42	.000λ^2
สูญเสียบางส่วน	91	22.20	41	46.07	50	15.58	
สูญเสียโดยสิ้นเชิง	4	0.98	4	4.49	0	0.00	

F หมายถึง การทดสอบแบบฟิชเชอร์เอกแซ็ค (Fisher's exact Test)

λ^2 หมายถึง การทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาปัจจัยจากภาวะอื่น พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น และอาการทางจิต รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากภาวะอื่นต่อภาวะสมองเสื่อมด้วย Chi-Square Test

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม						p
	รวม (n=410)		มี (n=89)		ไม่มี (n=321)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การพึ่งพาผู้อื่น							
ไม่พึ่งพา	329	80.24	44	49.44	285	88.79	.000 λ^2
พึ่งพา	81	19.76	45	50.56	36	11.21	
อาการทางจิต							
ไม่มีอาการทางจิต	381	92.93	73	92.41	308	99.35	.000 λ^2
มีอาการทางจิตน้อย	8	1.95	6	7.59	2	0.65	
มีอาการทางจิตปานกลาง	0	0	0	0	0	0	
มีอาการทางจิตมาก	0	0	0	0	0	0	

λ^2 หมายถึง การทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

วิจารณ์

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีผู้สูงอายุ 89 คนจากทั้งหมด 410 คนที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 21.71 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับความสนใจในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทยที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[12] โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่า ปัจจัยทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบทที่ขาดโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริเพ็ญ คงดี[13] ที่ชี้ให้เห็นถึงความล่าช้าในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในชนบท ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ การศึกษาของ Wimo et al.[14] พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในระดับโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศที่มีโครงสร้างทางสุขภาพไม่พร้อม เช่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทในประเทศไทย การค้นพบเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาในอนาคต

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า

กลุ่มอายุ กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า เหตุผลหลักมาจากการเสื่อมถอยของระบบประสาทและสมองตามอายุ การสูญเสียเซลล์ประสาทและการลดลง

ของความสามารถในการประมวลผลข้อมูลเกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ การสะสมของโปรตีนที่ไม่ปกติในสมองซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ก็เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ[15] โดยงานวิจัยของ Prince et al.[16] ชี้ให้เห็นว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุเกิน 80 ปี การศึกษาของ Ferri et al.[17] ยังสนับสนุนว่าภาวะสมองเสื่อมมีความชุกสูงในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอายุเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ สอดคล้องกับสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมพร้อมเพื่อการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุเกิน 80 ปี[19]

ลักษณะครอบครัว การอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับผู้อื่นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมักพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจส่งผลให้รู้สึกสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง นำไปสู่ภาวะเครียดและความรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับการเสื่อมสภาพของสมองและทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[16] ในทางกลับกัน ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวอาจยังคงสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งช่วยส่งเสริมความรู้สึกพึ่งพาตนเองและลดความเครียด ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ การศึกษาของ Lyketsos et al.[20] ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ายังคงสามารถดูแลตนเองได้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่า นอกจากนี้ การศึกษาของสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น สะท้อนถึงความสำคัญของการพึ่งพาตนเองในการลดความเสี่ยงต่อภาวะนี้

การศึกษา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การศึกษามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะทางปัญญา การคิดวิเคราะห์ และการประมวลผลข้อมูล ซึ่งช่วยเพิ่ม “การสำรองทางปัญญา” (Cognitive Reserve) ที่ช่วยปกป้องสมองจากการเสื่อมถอย[21] การศึกษาของ Scarmeas et al.[22] ยังระบุว่าการกระตุ้นสมองและการใช้ทักษะทางปัญญาอย่างต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกิจ ประสานเนตร[23] พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการศึกษาต่ำอาจลดโอกาสในการฝึกฝนและพัฒนาทักษะทางปัญญาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นสมองผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การใช้ความคิด ความจำ และการตัดสินใจ การเข้าสังคมยังช่วยลดความโดดเดี่ยวซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การวิจัยของ Shankar et al.[24] และ Crooks et al.[25] ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าผู้ที่ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาของธวัชชัย พันธุ์เดช[26] ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจึงถือเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ มีความเสี่ยงสูงกว่าในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบหลอดเลือดและสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมองเสื่อมลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะส่วน

ที่เกี่ยวข้องกับการจดจำและการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธีระเดช มหิทธิ์[27] ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีโรคหัวใจมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

การสูญเสียการมองเห็น การสูญเสียการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผู้ที่สูญเสียการมองเห็นบางส่วนมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มองเห็นปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การสูญเสียการมองเห็นลดการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส ทำให้สมองขาดการกระตุ้น ส่งผลให้สมองเสื่อมลง โดยเฉพาะส่วนที่ประมวลผลข้อมูลด้านการมองเห็น การขาดกิจกรรมที่ใช้สายตา เช่น การอ่านหรือการเข้าสังคม ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา วงษ์มาลา[28] ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียการมองเห็นมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มองเห็นปกติ นอกจากนี้ การศึกษาของ Baker et al.[29] ยังพบว่าการสูญเสียการมองเห็นในผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถในการรับรู้และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

การสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยผู้ที่สูญเสียการได้ยินมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ได้ยินปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสูญเสียการได้ยินส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าสังคม ทำให้ผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นสมองและแยกตัวจากสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและสมอง การศึกษาของพรชัย ธงทอง[30] ระบุว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองเสื่อม เพราะขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al.[31] ในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการสูญเสียการได้ยินเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมองและภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจน

3. ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า

การพึ่งพาผู้อื่น การพึ่งพาผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพึ่งพาผู้อื่นทำให้ขาดการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา วางแผน และตัดสินใจ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการป้องกันการเสื่อมถอยทางสมอง การศึกษาของสุพัตรา พรหมรัตน์[18] พบว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่า นอกจากนี้ การศึกษาของ Fratiglioni et al.[32] สนับสนุนว่า การขาดกิจกรรมที่กระตุ้นสมองและการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

อาการทางจิต อาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการทางจิตเป็นสัญญาณของความผิดปกติทางสมองที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานของสมองมักส่งผลให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นที่เพียงพอ โดยงานวิจัยของ Cohen et al.[33] แสดงให้เห็นว่าอาการทางจิต เช่น ภาวะจิตเภท มีความสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของสมอง โดยพบว่าผู้ที่มีอาการจิตเภทเป็นเวลานานจะมีการลดลงของสารสื่อประสาทและการทำงานของสมองที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeste et al.[34] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตมักจะมีความเสื่อมถอยของสมองเร็วกว่า ทั้งนี้เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทที่เสื่อมลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลธิดา จินดามณี[35] พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิต เช่น การแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือมีความสับสน มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการทางจิต สาเหตุหลักมาจากการทำงานของสมองที่ได้รับผลกระทบโดยตรง นอกจากนี้ วรรณภา สุทธิประภา[36] ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิต เช่น ความวิตกกังวลหรืออาการประสาทหลอน มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมเร็วขึ้น เนื่องจากอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในระยะยาวและทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อทางสังคมที่จำเป็นในการกระตุ้นสมอง ดังนั้น อาการทางจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและควรได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมถอยของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 พัฒนาโปรแกรมตรวจสุขภาพและประเมินความเสี่ยง โดยเน้นการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม อาการทางจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและรักษาได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก

1.2 ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิต

1.3 สร้างเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดความเครียดและพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

1.4 บูรณาการการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่กับองค์กรท้องถิ่น โรงพยาบาล และคลินิก เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อเปรียบเทียบความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในบริบทที่แตกต่างกัน

2.2 ทำวิจัยระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

2.3 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อพัฒนาการดูแลที่เน้นความสุขและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

2.4 พัฒนาเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุม และแม่นยำยิ่งขึ้น เพื่อตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้สำเร็จลุล่วงด้วยความช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ข้าพเจ้าขอขอบคุณผู้บริหารสถานพยาบาลในเขตอำเภอธวัชบุรีที่สนับสนุนข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ช่วยในการรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ขอขอบคุณผู้สูงอายุในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการประเมินต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนตลอดการดำเนินการวิจัย จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ตามเป้าหมาย สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าหวังว่าผลงานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566.
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring. London: Alzheimer's Disease International; 2013.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกันและจัดการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;45(1):89-97.
5. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 2561;3(2):21-30.
6. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607-10.
7. Librero F. Sampling and survey techniques. Manila: University of the Philippines Press; 1985.
8. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

9. Lawton M P, Brody E M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
10. Kaufer D I, Cummings J L, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;12(2):233-9.
11. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
12. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์ผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
13. ศิริเพ็ญ คงดี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2561;45(2):123-34.
14. Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B. The worldwide economic impact of dementia 2010-2030. Alzheimers Dement. 2017;13(1):1-7.
15. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda S G, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2017;390(10113):2673-734.
16. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G C, Wu Y T, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International; 2015.
17. Ferri C P, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli, M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005;0366(9503):2112-7.
18. สุพัตรา พรหมรัตน์. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559;12(1):45-56.
19. Jorm A F, Dear K B, Burgess N M. Projections of future numbers of dementia cases in Australia with and without prevention. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(11-12):959-63.
20. Lyketsos C G, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick A L, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. JAMA. 2000;288(12):1475-83.
21. Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. Lancet Neurol. 2012; 11(11):1006-12.
22. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, Manly J J. Cognitive reserve and Alzheimer's disease. Alzheimers Dis Assoc Disord. 2011;25(3):225-9.
23. สุกิจ ประสานเนตร. ผลของระดับการศึกษาและความรู้ทางปัญญาต่อความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2560;5(2):123-34.
24. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. Psychosom Med. 2013;75(2):161-70.
25. Crooks V C, Lubben J, Petitti D B, Little D, Chiu V. Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. Am J Public Health. 2008;98(7):1221-7.
26. ธวัชชัย พันธุ์เดช. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคมและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารการวิจัยสุขภาพชุมชน. 2560;35(2):75-85.
27. ธีระเดช มหิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวและความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2560;5(2):89-95.
28. สุชาดา วงษ์มาลา. ความเสี่ยงของการสูญเสียการมองเห็นและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุข. 2561;10(2):87-94.

29. Baker M L, Wang J J, Rogers S, Mitchell P. Early age-related macular degeneration, cognitive function, and dementia: the Blue Mountains Eye Study. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(8):1716-23.
30. พรชัย ธงทอง. ความเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารการแพทย์ไทย. 2563;15(2):87-92.
31. Lin F R, Metter E J, O'Brien R J, Resnick S M, Zonderman A B, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. Arch Neurol. 2011;68(2):214-20.
32. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Lancet Neurol. 2004;3(6):343-3.
33. Cohen D, Cohen R, Cole S. Schizophrenia, neurodegeneration, and cognitive decline: An analysis of long-term outcomes. Journal of Psychiatric Research. 2000;34(5):423-32.
34. Jeste D V, Depp C A, Vahia I V. Successful cognitive aging: Individual differences and predictors of cognitive decline in older adults with psychiatric disorders. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2011;19(9):791-800.
35. กุลธิดา จินดามณี. ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิต. วารสารการแพทย์พื้นฐานและการประยุกต์. 2561;15(1):115-23.
36. วรรณภา สุทธิประภา. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตและสังคมสงเคราะห์. 2560;6(3):101-08.

การพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ในโรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development and Evaluation of Tuberculosis Care Model in Community using Innovation “Leaves to save lives” in Thawatburi Hospital

นารถวารินทร์ ชำนาญเอื้อ* พัชนิดา ไชยชาติ**
Nartwarin Chamnan-ua* Patchanida Chaichat**
Corresponding author: e-mail; nartwarin23@gmail.com
(Received: September 17, 2024; Revised: September 24, 2024; Accepted: October 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการนำนวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต”

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายจำแนกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลธวัชบุรี กลุ่มที่ 2 เป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหลักด้านวัณโรคและกลุ่มที่ 3 เป็นทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วย รวม 55 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติก่อนขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 2) การให้ความรู้โดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” และ 3) ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” หลังการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (72.17%) จากเดิมที่อยู่ในระดับปานกลาง (58.50%) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี (95%) และพบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยรวมอยู่ในระดับดี (100%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : นวัตกรรมที่นำมาใช้ในวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับรูปแบบให้เหมาะสมและติดตามผลการดำเนินงานเพื่อแก้ไขและพัฒนาระบบต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่; การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธวัชบุรี

Abstract

Purposes : To develop and evaluate the use of a model for caring for tuberculosis patients. By bringing innovation “Leaves save lives”.

Study design : This study employed a action research.

Materials and Methods : The target group is divided into 3 groups. The first group is patients with pulmonary tuberculosis whose sputum has newly detected infection. who are registered for treatment in a tuberculosis clinic Thawatburi Hospital Group 2 were officials primarily responsible for tuberculosis, and Group 3 was a multidisciplinary team serving patients, a total of 55 people. The research was conducted from October 2022 to September 2023. Data was collected using a questionnaire and data were analyzed using percentage frequencies. Mean and standard deviation.

Main findings : Model for caring for tuberculosis patients in the community using innovation “Leaves save lives” consists of 3 steps: namely 1) assessing the knowledge of patients and relatives before registering for tuberculosis treatment 2) providing knowledge using innovation “Leaves save lives” and 3) assess behavior according to patient care guidelines after using the innovation. “Leaves save lives” After the development, it was found that tuberculosis patients’ overall knowledge scores regarding care and prevention of the spread of tuberculosis increased to a good level (72.17%) from being at a moderate level (58.50%). Health care behavior was at a good level (95%), and found that service providers were overall satisfied with the care of pulmonary tuberculosis patients at a good level (100%).

Conclusion and Recommendations : Innovations used in this research As a result, patients have knowledge about self-care. Preventing the spread of tuberculosis and increasing self-care behavior. Therefore, relevant agencies can adjust the model to suit and follow up on the performance in order to correct and develop the system further.

Keywords : New pulmonary tuberculosis patients; Care for pulmonary tuberculosis patients

*,** Registered Nurse, Professional Level, Thawat Buri hospital.

บทนำ

ทั่วโลกให้ความสำคัญและมีเป้าหมายยุติวัณโรคร่วมกัน คือ ภายในปี พ.ศ. 2578 อุบัติการณ์การเกิดวัณโรคไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตเมื่อเทียบกับฐาน 2015 ต้องลดลงมากกว่า ร้อยละ 95.00 ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Durden Ountries) ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2562 ได้คาดประมาณการณ์ทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 106,000 รายคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 11,000 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) จำนวน 4,000 ราย ซึ่งคาดประมาณว่าร้อยละ 2.30 เป็นในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 24.00 เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน[1] จากรายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา ร้อยละ 80.00 (85,000 ราย/106,000 ราย)[2] สาเหตุที่ความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาต่ำเนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระบบบริการ รักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน โรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ถูกรายงาน โดยผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 7,130 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 1,312 ราย ได้รับยารักษา 910 ราย ประเทศไทยมีเป้าหมายการดำเนินงานด้านวัณโรค คือ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00[3]

จากผลการดำเนินงานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด 3 ปี ย้อนหลัง ปี พ.ศ.2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคและกลับเป็นซ้ำ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 68.26, 75.82 และ 98.06 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาด้านผลการดำเนินงานปี พ.ศ.2563-2565 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ร้อยละ 90) คิดเป็น ร้อยละ 91.17, 94.29 และ 71.88 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดในปี พ.ศ.2565[4]

ในทำนองเดียวกัน การดำเนินงานด้านวัณโรคในเขตพื้นที่อำเภอธวัชบุรี เปิดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลธวัชบุรี ทุกวันพุธ เวลา 08.00-12.00 น. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) โดยทีมสหวิชาชีพทางด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานแนวที่ 1 อย่างน้อย 6 เดือน สถานที่ในการให้บริการคลินิกวัณโรค แยกส่วนจากการให้บริการของผู้ป่วยอื่น ๆ อย่างชัดเจน ผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และกินยาต้านเชื้อวัณโรค 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับบริการ ตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) เพื่อบันทึกรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคเพื่อรายงานการรักษาและรับการชดเชยยาต้านวัณโรคจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลธวัชบุรี บันทึกข้อมูลโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธวัชบุรี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามที่อยู่ของผู้ป่วย ทั้งหมด 13 แห่ง ในอำเภอธวัชบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลธวัชบุรี 1 แห่ง หลังจากได้รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ค้นหาผู้ป่วยที่มีการสงสัยวัณโรคในผู้สัมผัสที่บ้านและ

กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดรับยาของผู้ป่วยวัณโรค การขาดนัดส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดการรักษาวัณโรค ซึ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยในอนาคตและใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นเนื่องจากมีการขยายสูตรยาจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยา คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลธวัชบุรี ปี พ.ศ.2561- 2565 พบผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษารวมจำนวน 15 ราย สาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานช่วง อายุ 25-64 ปี จำนวน 12 ราย และ อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ราย สาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยวัยแรงงาน เนื่องจากหลังกินยาได้ 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงไม่มารับยาต่อเนื่อง บางรายเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ การเดินทางมารับยาแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่าย การมารับยาเป็นเรื่องที่ทำให้เสียเวลาการทำงาน ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นบุคคลสำคัญในชุมชนมีความกังวลในการยอมรับการป่วยวัณโรคของสังคมรอบข้าง มีการกีดกันไม่ยอมรับ การตีตราผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่มารักษาต่อเนื่อง ในส่วนผู้ป่วยขาดการรักษาที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีสาเหตุที่ไม่สามารถเดินทางมารับยาได้ต่อเนื่องตามวันนัดได้และลืมวันนัด การขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับข้อมูลความสำคัญของการรักษาวัณโรคจนหายขาดที่ไม่ครบถ้วนระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยแต่ละรายมีบริบทและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน การรับทราบข้อมูลที่คลาดเคลื่อนไม่ถูกต้องทำให้การปฏิบัติตนตามคำแนะนำการกินยาของผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน นำไปสู่การปฏิบัติตนที่บ้านที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การติดตามดูแลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมให้การรักษาวัณโรคของผู้ป่วยหายขาดได้ โดยเฉพาะในช่วงเวลาการรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก เนื่องจากผู้ป่วยต้องกินยาต้านวัณโรคต่อเนื่องทุกวัน การติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะแรกของการรักษาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคให้กับคนใกล้ชิดในบ้านและในชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อ (โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP), 2562)[5] จากปัญหาผู้ป่วยวัณโรคขาดการรับยาตามนัด จึงขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง นำไปสู่ปัญหาการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ในอนาคตได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อ

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยการนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่อำเภอธวัชบุรี ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดความรู้การปฏิบัติตัว เปรียบเทียบกับการให้ความรู้แบบเดิม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการนำนวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต”

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual Collaborative Action Research)

พื้นที่ศึกษา พื้นที่โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 โดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง[6] กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ คือ การวางแผน การปฏิบัติการตามแผน การติดตามและประเมินผล และการถอดบทเรียน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 55 คน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 40 คน ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลธวัชบุรี อำเภอธวัชบุรี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 และลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP) และรักษาวัณโรคด้วยยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 สูตรยา 2HRZE/4HR กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักด้านวัณโรคในหน่วยบริการโรงพยาบาลธวัชบุรี ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค จำนวน 5 คน

ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มที่ 3 ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย บุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วย จำนวน 10 คน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแปร อายุ เพศ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครบครอบเฉลี่ย/เดือน การสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคและเมื่อมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับโรควัณโรคจะปรึกษาที่ใด 2) แบบทดสอบความรู้เรื่อง วัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 15 ข้อ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” จำนวน 5 ข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

วิธีดำเนินการวิจัย

โดยใช้กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ระยะ ตามวงจร PDCA ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (Plan) ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด รวมถึงการรวบรวมข้อมูลสถิติการเกิดวัณโรค การเข้าถึงการรักษา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 2) ประชุมผู้เกี่ยวข้อง จัดการประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วย/ญาติ เพื่อระดมความคิดเห็นและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และ 3) กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยนำแนวคิดนวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” มาปรับใช้ในการลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ พร้อมทั้งกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทในชุมชน

ระยะที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติการตามแผน (Do) ประกอบด้วย 1) ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ นำแผนการดูแลที่พัฒนาในระยะที่ 1 มาใช้จริงในพื้นที่ชุมชน โดยมุ่งเน้นการใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ในการลงทะเบียนและดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง จัดทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การสนับสนุนการกินยาตามแพทย์สั่ง และการตรวจคัดกรองวัณโรคในครอบครัว

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check) ประกอบด้วย 1) ทดสอบและปรับปรุงต้นแบบนวัตกรรม ทดสอบการใช้งานจริงของนวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” และประเมินประสิทธิภาพโดยการวัดความรู้ การปฏิบัติตัว และผลการรักษาของผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 2) ประเมินความรู้และการป้องกันการแพร่กระจาย ประเมินผลการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลใหม่ 3) ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของผู้ป่วยวัณโรค โดยเน้นการใช้ “ใบไม้ช่วยชีวิต” เช่น การกินยาตามที่แพทย์สั่ง การแยกพื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน และการสวมหน้ากากอนามัย และ 4) ประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการใช้นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้แบบสอบถามหรือ

การสัมภาษณ์เชิงลึก

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการถอดบทเรียน (Act) ประกอบด้วย 1) สะท้อนผลการดำเนินการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถอดบทเรียนจากการใช้นวัตกรรมร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จและความท้าทายในการดำเนินงาน และ 2) วิเคราะห์และปรับปรุงแผนต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาที่พบ เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พร้อมทั้งวางแผนการดำเนินงานในรอบถัดไป โดยเน้นการขยายผลและความยั่งยืนในชุมชน

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครอบเฉลี่ย/เดือน การสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค และเมื่อมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับโรควัณโรคจะปรึกษาที่ใด 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื่อวัณโรค จำนวน 15 ข้อ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” จำนวน 5 ข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0842565 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2565 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียม และความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการและได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 40 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.5 สถานภาพ สมรส ร้อยละ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.0 สมาชิกในครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 57.5 รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 47.5 สมาชิกไม่เคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 57.5 และสมาชิกเคยเป็นวัณโรค ร้อยละ 42.5 สถานบริการใกล้บ้าน คือโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 67.5 และสถานบริการใกล้บ้าน คือ รพ.สต. ร้อยละ 32.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคปอด (n=40)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	20	50.0
	หญิง	20	50.0
อายุ (ปี)	< 35	1	2.5
	36 - 45	10	25.0
	46 - 55	9	22.5
	56 - 65	7	17.5
	65 ปี ขึ้นไป	13	32.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
	Mean(SD.)	55.8(14.21)	
	Min(Max)	35(90)	
สถานภาพสมรส	โสด	12	30.0
	คู่	18	45.0
	หม้าย/หย่า/แยกกัน	10	25.0
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	6	15.0
	ประถมศึกษา	10	25.0
	มัธยมต้น	9	22.5
	มัธยมปลาย/ปวช.	8	20.0
	อนุปริญญา/ปวส.	5	12.5
	ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	2	5.0
อาชีพ	รับจ้าง	12	30.0
	ค้าขาย	9	22.5
	เกษตรกรรม	11	27.5
	ข้าราชการ/เกษียรอายุ	8	20.0
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	40	100.0
จำนวนสมาชิก	1-3 คน	14	35.0
	4-6 คน	23	57.5
	มากกว่า 7 คน	3	7.5
รายได้	1,000 - 5,000 บาท	10	25.0
	5,001 – 10,000 บาท	19	47.5
	10,001 – 15,000 บาท	3	7.5
	มากกว่า 15,000 บาท	8	20.0
สมาชิกเคยเป็นวัณโรค	เคย	17	42.5
	ไม่เคย	23	57.5
สถานบริการใกล้บ้าน	โรงพยาบาลชุมชน	27	67.5
	รพ.สต.	13	32.5

ทีมสหวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพพยาบาลร้อยละ 53.3 ประสบการณ์ทำงาน 5-10 ปี ร้อยละ 40.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปทีมสหวิชาชีพ (n=15)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	8	53.3
	หญิง	7	46.7
อายุ	น้อยกว่า 30	4	26.7
	31-40	5	33.3
	41-50	4	26.7
	>51 ปี	2	13.3
	Mean(SD.)	39(9.38)	
	Min(Max)	27(54)	
สถานภาพ	โสด	6	40.0
	คู่	9	60.0
ระดับการศึกษา	มัธยมต้น	2	13.3
	มัธยมปลาย/ปวช.	1	6.7
	อนุปริญญา/ปวส.	4	26.7
	ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	8	53..3
อาชีพ	แพทย์	2	13.3
	เภสัชกร	3	20.0
	พยาบาล	8	53.3
	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2	13.3
ประสบการณ์ทำงาน	5-10 ปี	6	40.0
	11-20 ปี	4	26.7
	มากกว่า 20 ปี	5	33.3

จากการวิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน (ร้อยละ 45.0) รองลงมา คือ มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.0) และมีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 15.0) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (n=40)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับดี	6	15.0
ความรู้ระดับปานกลาง	18	45.0
ความรู้ระดับต่ำ	16	40.0
รวม	40	100.0

ผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีความรู้ดีที่สุดเกี่ยวกับวัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียและผู้ป่วยจะแพร่เชื้อวัณโรคให้ผู้อื่นโดยการไอ จามรดกัน (ร้อยละ 77.5) รองลงมา คือ วัณโรคต้องรักษาอย่างน้อย 6 เดือน ถ้ากินยาไม่ครบอาจจะทำให้เชื้อดื้อยาได้ อาการที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค คือ อาการไอที่เรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์ การใช้หน้ากากอนามัยปิดปากหรือจมูกจะทำให้ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยและผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรควัณโรคได้ถ้ารับประทานยารักษาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 72.5) และวิธีที่ดีที่สุดที่จะทราบว่าป่วยเป็นโรควัณโรค คือ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก X- Ray แล้วพบความผิดปกติของภาพถ่ายที่เข้าได้กับโรควัณโรค แล้วจึงตรวจเสมหะ ร้อยละ 65 ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่เคยป่วยวัณโรคเมื่อได้รับการรักษาหายแล้วจะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต ไม่ป่วยเป็นวัณโรคอีกและเมื่อผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาวัณโรครุนแรงให้หยุดยาและเลิกกินยาเอง มีคะแนนน้อยที่สุด ร้อยละ 30 รองลงมา คือ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นแล้วควรหยุดกินยาวัณโรค ร้อยละ 35 การบ้วนเสมหะลงพื้นไม่ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้และผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเท่าๆ กับคนทั่วไป ร้อยละ 42.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (โดยรวมและรายข้อ) (n=40)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	จำนวน(%)	ระดับ
1.	วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย	31(77.5%)	ปานกลาง
2.	ผู้ที่เคยป่วยวัณโรคเมื่อได้รับการรักษาหายแล้วจะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต ไม่ป่วยเป็นวัณโรคอีก	12(30.0%)	ต่ำ
3.	วัณโรคต้องรักษาอย่างน้อย 6 เดือน ถ้ากินยาไม่ครบอาจจะทำให้เชื้อดื้อยาได้	29(72.5%)	ปานกลาง
4.	อาการที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค คือ อาการไอที่เรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์	29(72.5%)	ปานกลาง
5.	ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อวัณโรคให้ผู้อื่นโดยการไอ จามรดกัน	31(77.5%)	ปานกลาง
6.	โรควัณโรคปอด ติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจเท่านั้น	28(70.0%)	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	จำนวน(%)	ระดับ
7.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาวัณโรครุนแรงให้หยุดยาและเลิกกินยาเอง	12(30.0%)	ต่ำ
8.	เมื่อผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นแล้วควรหยุดกินยาวัณโรค	14(35.0%)	ต่ำ
9.	การบ้วนเสมหะลงพื้น ไม่ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	17(42.5%)	ต่ำ
10.	การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อวัณโรคไม่ทำให้ติดเชื้อวัณโรค	20(50.0%)	ต่ำ
11.	ผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านกับผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคเท่า ๆ กับคนทั่วไป	17(42.5%)	ต่ำ
12.	ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่อับทึบและคับแคบแสงแดดส่องไม่ถึงการถ่ายเทอากาศไม่ดี ทำให้เชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้	27(67.5%)	ปานกลาง
13.	หน้ากากอนามัย ปิดปากหรือจมูกจะทำให้ป้องกันการใช้ติดเชื้ออวัณโรคจากผู้ป่วย	29(72.5%)	ปานกลาง
14.	วิธีที่ดีที่สุดที่จะทราบว่าป่วยเป็นโรควัณโรค คือ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก X- Ray แล้วพบความผิดปกติของภาพถ่ายที่เข้าได้กับวัณโรค แล้วจึงตรวจเสมหะ	26 (65%)	ปานกลาง
15.	ผู้ป่วยโรควัณโรคมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรควัณโรคได้ถ้ายารักษาอย่างสม่ำเสมอจนครบตามที่แพทย์สั่ง	29 (72.5%)	ปานกลาง
	เฉลี่ยโดยรวม	23(58.5%)	ปานกลาง

ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.00 และ มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวระดับปานกลาง ร้อยละ 5 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” (n=40)

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	38	95.0
ระดับปานกลาง	2	5.0
เฉลี่ยโดยรวม	40	100.00

ผู้ป่วยวัณโรคมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=1.64, SD.=0.06) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีพฤติกรรมบ่อยที่สุดเกี่ยวกับการแนะนำให้ผู้ใกล้ชิดมาตรวจคัดกรองวัณโรค (Mean=1.73, SD.=0.45) รองลงมา คือ มีการสังเกตอาการผิดปกติหลังรับประทานยาวัณโรค (Mean=1.7, SD.=0.46) และสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่างและแยกอุปกรณ์ ถ้วย ช้อน ส้อม จาน และกินข้าวแยกจากผู้อื่น (Mean=1.68, SD.=0.47) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อรับประทานยามีการลงเครื่องหมายการกำกับกินยาทุกครั้งมีพฤติกรรมน้อยสุด (Mean=1.53, SD.=0.50) รองลงมา คือ แยกนอนกับคนอื่นในบ้านช่วงแรกที่เริ่มรักษา (Mean=1.58, SD.=0.50) และ

ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัยจะใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม (Mean=1.62, SD.=0.49) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” (n=40)

ข้อ	พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	Mean	SD.	ระดับ
1.	สวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง	1.68	0.47	ดี
2.	ถ้าไม่มีหน้ากากอนามัยจะใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากเวลาไอ จาม	1.62	0.49	ดี
3.	แยกนอนกับคนอื่นในบ้านช่วงแรกที่เริ่มรักษา	1.58	0.50	ดี
4.	ใน 1 สัปดาห์ ท่านจัดบ้านให้สะอาด นำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัว ออกตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูให้อากาศถ่ายเท	1.66	0.47	ดี
5.	แยกอุปกรณ์ ถ้วย ช้อน ส้อม จานและกินข้าวแยกจากผู้อื่น	1.68	0.47	ดี
6.	เมื่อรับประทานยามีการลงเครื่องหมายการกำกับกินยาทุกครั้ง	1.53	0.50	ดี
7.	มีการเช็คจำนวนยาคงเหลือต่อวันทุกวัน	1.63	0.49	ดี
8.	มีการสังเกตอาการผิดปกติหลังรับประทานยาวัณโรค	1.7	0.46	ดี
9.	เคยพูดคุยให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้อื่น	1.63	0.49	ดี
10.	แนะนำให้ผู้ใกล้ชิดมาตรวจคัดกรองวัณโรค	1.73	0.45	ดี
	เฉลี่ยโดยรวม	1.64	0.06	ดี

ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่คะแนนความพึงพอใจในระดับดี ร้อยละ 100.00 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (n=15)

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	15	100.00
เฉลี่ยโดยรวม	15	100.00

ทีมสหวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=4.56, SD.=0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีความพึงพอใจต่อเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคมากกว่าที่สุด (Mean=4.67, SD.=0.49) รองลงมา คือ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Mean=4.6, SD.=0.51) และมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ในการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (Mean=4.53, SD.=0.52) ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีความพึงพอใจต่อการใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของในการพัฒนารูปแบบนวัตกรรมน้อยที่สุด (Mean=4.4, SD.=0.51) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด (n=15)

	กิจกรรมการมีส่วนร่วม	Mean	SD.	ระดับ
1.	ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ในการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	4.53	0.52	ดี
2.	ความพึงพอใจในรูปแบบการนำเสนอความรู้เรื่องวัณโรค	4.6	0.51	ดี
3.	ความพึงพอใจในการใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุ สิ่งของในการพัฒนารูปแบบนวัตกรรม	4.4	0.51	ดี
4.	ความพึงพอใจในเนื้อหาความรู้การดูแลรักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรค	4.67	0.49	ดี
5.	ความพึงพอใจในรูปแบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค	4.6	0.51	ดี
	เฉลี่ยโดยรวม	4.56	0.10	ดี

วิจารณ์

จากการนำกระบวนการ PDCA มาใช้ในการพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” ทั้งหมด 2 วงรอบ โดยการเกิดองค์ความรู้ใหม่ส่งเสริมให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้นวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” เป็นสื่อในการให้ความรู้และกำกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย รูปแบบนี้ช่วยเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยและญาติ ลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในกระบวนการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง เพิ่มความร่วมมือและความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลที่พัฒนาใหม่ และนวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” เป็นรูปแบบการให้ความรู้ผ่านสื่อที่ถูกออกแบบมาเพื่อลดความซับซ้อนของเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน โดยนวัตกรรมดังกล่าวมีการใช้สื่อภาพพลิกในการสื่อสารที่เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทำให้การให้ความรู้เกิดความชัดเจนและมีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติสามารถทบทวนความรู้ที่ได้รับได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ช่วยในการลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการเรียนรู้ในแบบการมีส่วนร่วมและทำให้การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการโดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม 3) ระยะประเมินผล พบว่าการพัฒนารูปแบบมี 10 กิจกรรม เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ[8] พัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค เกิดรูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค เรียกว่า THABO model มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีระบบกำกับติดตามที่ดีโดยการติดตามถึงบ้านด้วยเครือข่ายที่ร่วมมือกันทั้งหน่วยบริการและชุมชนและมีการเสริมสร้างกำลังใจและใส่ใจอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง อวินนท์ บัวประชุม[9] พัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ผลการพัฒนาแผนงานการดำเนินงานแก้ไขปัญหา 1) แผนการพัฒนาอบรมความรู้เรื่องวัณโรคการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและทักษะเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด

ในกลุ่มเสี่ยงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน 2) แผนการให้ความรู้เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับผู้ป่วยวัณโรคปอด และ พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) แผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ครอบคลุมถึงการให้ความรู้ในชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัคร ทำให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนมีความครอบคลุมมากขึ้น และทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมในกระบวนการนี้ มีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาใหม่ และรู้สึกว่าตนเองมีบทบาทที่ชัดเจนและมีความรับผิดชอบร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การทำงานเป็นทีมเกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี[7] หลังจากการพัฒนา ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้อยู่ในระดับมากจากเดิมร้อยละ 82.35 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.24 พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิม (Mean=2.02, SD.=0.19) อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น (Mean=245, SD.=0.14) อยู่ในระดับดีมาก และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.00 เป็นร้อยละ 100.00 เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ[8] พัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ผลการพัฒนารูปแบบ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้วัณโรคการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p< .05) รุจิเรจ ล้อไป[10] กระบวนการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนการพัฒนาความสำเร็จในการรักษาวัณโรคในพื้นที่

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความรู้ ด้านการส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจในการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเกิดความร่วมมือในพื้นที่มากขึ้น ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคเป็นร้อยละ 100.00 อวินนท์ บัวประชุม[9] พัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการนำแผนการดำเนินงานไปใช้ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้นและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ที่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้น อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีแผนงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้เกิดผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และเกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยวัณโรคปอด

นอกจากนี้ การวิจัยยังช่วยพัฒนาทักษะในการให้ความรู้และการทำงานร่วมกับผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการปรับใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาใหม่ ทำให้ชุมชนมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อรับมือกับการแพร่กระจายของวัณโรคได้ดีขึ้น รวมถึงสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลที่ยั่งยืนในชุมชนได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

1) ด้านประโยชน์และการนำไปใช้

(1) ควรนำนวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” มาขยายผลการให้บริการสุขภาพประชาชนในรูปแบบของสื่อทางวิทยุ สิ่งตีพิมพ์หรือเอกสารคู่มือดูแลสุขภาพตนเองภาคประชาชน (2) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการติดตามผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นควรเพิ่มการติดตามการรับประทานยาที่เข้มข้นเพื่อป้องกันการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ การกระตุ้นเตือน การกำกับและการติดตามผ่านช่องทางแอปพลิเคชั่นสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ทางไลน์ หรือ Telemed ที่สามารถติดต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดได้โดยตรงหรือการประสานใช้ช่องทางผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนผ่านแอปพลิเคชั่นและเสียงตามสายในหมู่บ้านและเก็บเสมหะส่งตรวจเพาะเชื้อวัณโรคดื้อยาของผู้ป่วยที่เสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นยังพบเชื้อ

2) ด้านการวิจัย

(1) ควรทำการวิจัยและศึกษาติดตามระยะยาวเกี่ยวกับการติดตามผู้ป่วยวัณโรคหลังรักษาครบตามแผนให้สมบูรณ์ในด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มและขยายภาพให้ครอบคลุมถึงองค์ประกอบของ Community Resources and Policy เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนและที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ควรพัฒนารูปแบบนวัตกรรม “ใบไม้ช่วยชีวิต” จากภาพพลิกให้ความรู้เป็นมัลติมีเดียหรือแอพพลิเคชั่นเพื่อลดการใช้ทรัพยากร เช่น งบประมาณ วัสดุสิ่งของที่สิ้นเปลือง

(3) ควรมีการทบทวนปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มแนวทางหรือทฤษฎีที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยวัณโรค

3) ด้านการศึกษา

(1) ควรจัดทำเป็นโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรควัณโรค แผนการรักษาและการดูแลตนเอง เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพทุกสาขาได้เรียนรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานการดูผู้ป่วย

(2) จัดทำสื่อออนไลน์ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงที่บ้านเพื่อเผยแพร่ให้บุคลากรสุขภาพและผู้ที่สนใจทั่วไป

4) ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

(1) เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จวัณโรค ควรดำเนินการศึกษาผลการดำเนินงาน ติดตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคไปจนสิ้นสุดการรักษาวัณโรคจนครบ6 เดือน

(2) ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva, Switzerland: WHO; 2017.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis Control Program Guideline, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2560.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2558.
4. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคลหรือโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management : TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online [Internet] [cited 2022 Dec 2]. Available from: https://ntip-ddc.moph.go.th/uiform/Manual.aspx
5. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control Thailand. National Tuberculosis Information Program [Internet] [cited 2022 Dec 2]. Available from: https://ntip-ddc.moph.go.th/Downloads/User Manua lNTIP19_10_20.pdf(in Thai)
6. Deming in Mycoted. Plan Do Check Act (PDCA) (Online) [Internet] [cited 2022 Dec 2]. Available from: http://www.mycoted.com/creativity/techniques/pdca.php.
7. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):116-29.
8. เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ. การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562;26(1):36-47.
9. อวินนท์ บัวประชุม. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. 2559;34(3):54-60.
10. รุจิเรจ ล้อไป. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค
ในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา.
วารสารวิชาการ สคร. 9. 2560;24(1):15-23.

ประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี ในประชาชนวัยทำงาน จังหวัดมหาสารคาม

Effectiveness of the “Increase Healthy People” Operational Model Among the Working-Age Population in Maha Sarakham Province

ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย* พิสมัย ศรีทำนา ศิริรัตน์ จ่ากุญชร*****

Piyalak Pukdeesamai, Pisamai Sritumna, Sirirat Jakoonchon

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

(Received: September 17, 2024; Revised: September 24, 2024; Accepted: October 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงาน“เพิ่มคนสุขภาพดี” จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การศึกษารูปแบบการดำเนินงาน “เพิ่มคนสุขภาพดี” ในกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 1,559 คน โดยการคืนข้อมูลสุขภาพ ด้วยการวัดองค์ประกอบร่างกาย ประเมินความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงรายบุคคลและประเมินผลหลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกสุขภาพ เครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าสัดส่วนก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ McNemar test

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี จำนวน 1,559 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีอายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 37.3 กลุ่มอาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 41.5 ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า ดัชนีมวลกาย รอบเอว มวลกล้ามเนื้อ ระดับไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$, $p=.018$, $p <.001$, $p <.001$ ตามลำดับ โดยดัชนีมวลกายปกติ ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 35.8 หลังดำเนินการเพิ่มเป็น ร้อยละ 38.2 รอบเอวปกติ ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 47.1 หลังดำเนินการเพิ่มเป็น ร้อยละ 48.8 มวลกล้ามเนื้อปกติ ร้อยละ 88.9 หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 93.5 และระดับไขมันในร่างกาย ปกติ ร้อยละ 76.2 หลังดำเนินการ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 78.1

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม เป็นการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามความเสี่ยงรายบุคคล ซึ่งใช้กระบวนการคืนข้อมูลรายบุคคล สร้างความรอบรู้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ประสิทธิผล; รูปแบบการดำเนินงาน; ดัชนีมวลกาย; รอบเอว; การวัดองค์ประกอบร่างกาย

*,**,***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Purposes : To evaluate the effectiveness of the "Increase Healthy People" operational model in Maha Sarakham Province.

Research design : Quasi Experimental research.

Materials and Methods : This study focuses on the application of the "Increase Healthy People" operational model. The sample group consists of 1,559 working-age individuals. Health data was collected through body composition measurements, risk assessments, and behavior modification according to individual risk profiles. The program's effectiveness was evaluated after 6 months by comparing the results before and after the intervention. The tools used in this study include health records, body composition measurement devices, and quantitative data analysis methods. Data was analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The McNemar test was employed to compare proportions before and after the implementation.

Main finding : A total of 1,559 participants received health behavior modification as part of the "Increase Healthy People" operational model. The majority of the participants were female (70.6%), aged 50-59 years (37.3%), and were primarily community or local leaders (41.5%). A comparison of health conditions before and after the implementation revealed statistically significant improvements in body mass index (BMI), waist circumference, muscle mass, and body fat levels ($p<.001$, $p=.018$, $p<.001$, $p<.001$, respectively). Specifically, the proportion of participants with a normal BMI increased from 35.8% before the intervention to 38.2% after; normal waist circumference rose from 47.1% to 48.8%; normal muscle mass improved from 88.9% to 93.5%; and normal body fat levels increased from 76.2% to 78.1%.

Conclusion and Recommendations : The operational model for increasing the number of healthy people in Maha Sarakham Province serves as an effective incentive for promoting changes in health behaviors based on individual risk profiles. By providing personalized feedback and information, the model helps create knowledge that encourages appropriate health behavior changes at the individual level.

Keywords : Effectiveness; Implementation Model; BMI; Body; Composition Measurement

*,**,***Public Health Technical Officer, Professional Level, Maha Sarakham Provincial Public Health Office.

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 ถึงปี เมษายน 2565 พบว่า คนไทยป่วยด้วย COVID-19 จำนวน 2,495,473 คน และเสียชีวิต 11,807 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายเท่ากับ ร้อยละ 0.47 ต่อแสนประชากร[1] และคนมหาสารคามเจ็บป่วยจำนวน 23,434 คนและเสียชีวิต 118 คน คิดเป็นอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.50 ข้อมูล ณ วันที่ 28 เมษายน 2565[2] ถึงแม้ในปัจจุบัน COVID-19 ถูกจัดให้เป็นโรคประจำถิ่น แต่ยังพบผลกระทบที่เกิดจาก COVID-19 ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา โดยส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในทุกๆ ด้าน รวมถึงการขับเคลื่อนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอก็ได้รับผลกระทบไปทั่วโลกด้วยเช่นกัน ซึ่งส่งผลทำให้ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงและส่งผลให้พฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มสูงขึ้น โดยพบหลักฐานทางวิชาการการที่สามารถยืนยันได้ว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 นั้น ส่งผลกระทบต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้คนไปทั่วโลก อาทิ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอายุระหว่าง 5-13 ปี มีกิจกรรมทางกายที่ลดลงและมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อน[3] ในประเทศกรีก พบว่า กิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนลดลง หลังจากที่มีประกาศมาตรการ หลังล็อกดาวน์ เนื่องจากไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติทั้งเรื่องการทำงาน การเดินทางและออกกำลังกาย[4] และในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลงอย่างมากในเดือนเมษายน 2020 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดือนมกราคม 2020 จึงมีการส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายและเดินเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายในรอบ ๆ บริเวณบ้าน เพื่อป้องกันการเป็นอัมพาตและพิการในอนาคต[5]

ซึ่งข้อมูลของกรมอนามัยพบว่า COVID-19 ส่งผลให้คนไทยทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ย 14 ชั่วโมงต่อวัน ข้อมูลจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 พบว่าการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง และมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 27 โรคมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 25 โรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 21 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6 เป็นต้น[6] ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการในทุกกลุ่มวัย[7] จากข้อมูลดังกล่าว จังหวัดมหาสารคามจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงาน เพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม เพื่อสร้างคนให้มีสุขภาพดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรค ลดคนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมทั้งเกิดการมีส่วนร่วม ในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนพึ่งตนเองได้และเกิดความยั่งยืน โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือการวัดสภาวะสุขภาพและสร้างความตระหนักรู้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนมีสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี ในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group, pretest - posttest design) โดยใช้รูปแบบการดำเนินงาน “เพิ่มคนสุขภาพดี” จังหวัดมหาสารคาม ระหว่าง พฤศจิกายน 2565 ถึง เมษายน 2566 รวมเป็นเวลา 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน อายุ 15-59 ปี จำนวน 1,559 คน

พื้นที่ดำเนินการวิจัย คือ จังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งหมด จำนวน 11 ตำบล

ประชากร คือ ประชาชน อายุ 19-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน อายุ 19-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ระหว่าง พฤศจิกายน 2565 ถึง เมษายน 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power แทนค่าในสูตร Test family Exact, statistic test Propotions: Inequality, two dependent groups (McNemar), two tail โดยกำหนดค่าต่างๆ ดังนี้ Odds ratio 1.5, error prob เท่ากับ 0.05, Power เท่ากับ 0.95 และ Prop discordant pairs เท่ากับ 0.25 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 1,408 ราย ปรับจำนวนเพื่อป้องการขาดหายจากการศึกษา ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 1,559 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากการที่มีผู้ยินดีเข้าร่วมการศึกษาและยินยอมคัดกรองสภาวะสุขภาพ โดยจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรอายุ 19-59 ปี จำแนกเป็นรายอำเภอ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ (1) ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ (2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการ และ (3) ผู้ที่มีอายุ 19-59 ปี โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) (1) ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดการศึกษา (2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้ารับการประเมินผลสภาวะสุขภาพ ครบทั้งก่อนและหลังดำเนินการ (3) มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องรักษาระยะยาวจนไม่สามารถร่วมโครงการหรือไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และ (4) ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2ส. และเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย (Body Composition)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของรูปแบบการดำเนินงาน “เพิ่มคนสุขภาพดี” และแบบบันทึกการตรวจคัดกรองสถานะสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงก่อนดำเนินการ

1. ประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี

2. วางแผนในการกิจกรรมตามรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี ร่วมกับภาคีเครือข่ายและกำหนดการในการเริ่ม Kick off เพิ่มคนสุขภาพดี ในระดับจังหวัด

3. จัดมหกรรม Kick off เพิ่มคนสุขภาพดี เพื่อสร้างกระแสในการประเมินสภาวะสุขภาพ เพื่อให้ทราบสภาวะสุขภาพ ของตนเอง นำไปสู่การสร้างความรอบรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นบุคคลต้นแบบ

4. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงานเพื่อประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูล รวมถึงการตอบข้อซักถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี

5. ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ร่วมวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเป็นที่พอใจและสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีการบังคับ

6. เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงานในระดับอำเภอ ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือการตรวจสภาวะสุขภาพและองค์ประกอบร่างกาย โดยใช้เครื่องมือแบบเดียวกันทุกหน่วย

ช่วงดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมเพิ่มคนสุขภาพดี เป็นระยะเวลา 6 เดือน

เดือนที่ 1: **กิจกรรมที่ 1** การคืนข้อมูลสุขภาพและประเมินสภาวะสุขภาพ ก่อนดำเนินการ ด้วยการวัดรอบเอวและวัดองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย วัดรอบเอว คืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคลจากการตรวจสภาวะสุขภาพ และแบ่งกลุ่มตามสภาวะ

สุขภาพ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) สีเขียว คือ กลุ่มปกติ BMI 18.5-22.9 2) สีเหลือง คือ กลุ่มเสี่ยง BMI <18.5 และ BMI 23.0-24.9 และ 3) สีส้ม คือ กลุ่มเสี่ยงสูง BMI 25.0 ขึ้นไป

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้การปฏิบัติ 3อ 2ส 1ฟ และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามความเสี่ยงรายบุคคล

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ“เพิ่มคนสุขภาพดี”

- การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามความเสี่ยงรายบุคคล ด้วยหลัก 3อ 2ส 1ฟ

เดือนที่ 2 - 5 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามกลุ่มสภาวะสุขภาพ เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยมีการสื่อสารความรู้เบื้องต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรม 3อ 2ส 1ฟ และกระตุ้นการออกกำลังกายโดยการส่งผลการออกกำลังกาย

เดือนที่ 6 ประเมินสภาวะสุขภาพ หลังร่วมโปรแกรมเพิ่มคนสุขภาพดี โดยวัดรอบเอวและการวัดองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Body Composition

หลังดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูลให้ครบตามที่กำหนด
2. ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพก่อนและหลังการการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ “เพิ่มคนสุขภาพดี” โดยใช้สถิติ McNemar test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 3/2566 ภายหลังผ่านการรับรอง ดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี จำนวน 1,559 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 เพศชาย ร้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 31.9 กลุ่มอาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 41.5 รองลงมา คือ บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 23.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n= 1,559)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	458	29.4
หญิง	1101	70.6
2. อายุ		
อายุ 19 – 29 ปี	214	13.7
อายุ 30 – 39 ปี	267	17.1
อายุ 40 – 49 ปี	497	31.9
อายุ 50 – 59 ปี	581	37.3
Mean=44.16 SD.=10.21		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
3. อาชีพ		
หัวหน้าส่วนราชการ	44	2.8
ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น	646	41.5
พนักงานในหน่วยงานของรัฐ	203	13.0
บุคลากรสาธารณสุข	372	23.9
อสม.	243	15.6
ประชาชนทั่วไป	50	3.2

2. ข้อมูลสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อมูลสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ จากการติดตามประเมินสภาวะสุขภาพ 2 ครั้ง จำนวน 1,559 คน พบว่าก่อนดำเนินการ 1) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 35.8 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 20.8 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 29.3 อ้วนระดับ 2 (อ้วนอันตราย) ร้อยละ 9.5 2) รอบเอว ปกติร้อยละ 47.1 3) ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.3 4) มวลกล้ามเนื้อปกติร้อยละ 88.9 5) อายุกายน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุจริง ร้อยละ 20.2 หลังดำเนินการ 1) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 38.2 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 19.2 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 30.1 อ้วนระดับ 2 (อ้วนอันตราย) ร้อยละ 8.3 2) รอบเอว ปกติร้อยละ 48.8 3) ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.1 4) มวลกล้ามเนื้อ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 93.5 5)อายุกายน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุจริง ร้อยละ 23.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=1,559)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) (n=1,559)				
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ BMI < 18.5	71	4.6	64	4.1
ปกติ BMI 18.5 -22.9	558	35.8	596	38.2
น้ำหนักเกิน BMI 23.0 -24.9	325	20.8	299	19.2
อ้วนระดับ 1 BMI 25.0 -29.9	457	29.3	470	30.1
อ้วนระดับ 2 BMI ≥ 30	148	9.5	130	8.3
2. รอบเอว (n=1,506)				
ปกติ	710	47.1	735	48.8
อ้วนลงพุง	796	52.9	771	51.2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับไขมัน (n=1,559)				
ปกติ (ระดับ 1-10)	1,189	76.3	1,215	78.1
ไขมันเกิน (ระดับ มากกว่า 10)	370	23.7	341	21.9
4. มวลกล้ามเนื้อ (n=1,559)				
ต่ำกว่าเกณฑ์	173	11.1	102	6.5
ปกติ	1,386	88.9	1457	93.5
5. อายุกาย				
อายุกาย≤อายุจริง	314	20.2	366	23.5
อายุกายมากกว่า	1,244	79.8	1,192	76.5

3. ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินการ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบดัชนีมวลกายก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยก่อนการดำเนินการดัชนีมวลกายปกติจำนวน 558 คน (ร้อยละ 35.8) หลังการดำเนินการ มีดัชนีมวลกายปกติเพิ่มเป็น 596 คน (ร้อยละ 38.2) โดยพบว่ากลุ่มน้ำหนักเกินก่อนดำเนินการเปลี่ยนเป็นกลุ่มดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 56 คน (ร้อยละ 3.6) กลุ่มที่อ้วนระดับ 1 เปลี่ยนเป็นน้ำหนักเกินหลังดำเนินการ จำนวน 39 คน (ร้อยละ 2.5) และไม่มีคนเพิ่มเป็นอ้วนระดับ 2 ส่วนกลุ่มอ้วนระดับ 2 เปลี่ยนเป็น อ้วนระดับ 1 หลังดำเนินการ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 1.2) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ก่อน	หลัง						
	1) ต่ำกว่าเกณฑ์	2) ปกติ	3) น้ำหนักเกิน	4) อ้วนระดับ 1	5) อ้วนระดับ 2	รวม	p
1) **ต่ำกว่าเกณฑ์**	54(3.5)	17(1.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	71(4.6)	
2) **ปกติ**	10(0.6)	523(33.5)	25(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	558(35.8)	
3) **น้ำหนักเกิน**	0(0.0)	56(3.6)	235(15.1)	34(2.2)	0(0.0)	325(20.8)	<.001
4) **อ้วนระดับ 1**	0(0.0)	0(0.0)	39(2.5)	418(26.8)	0(0.0)	457(29.3)	
5) **อ้วนระดับ 2**	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	18(1.2)	130(8.3)	148(9.5)	
รวม	64(4.1)	596(38.2)	299(19.2)	470(30.1)	130(8.3)	1,559(100.00)	

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรอบเอว ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.018) โดยก่อนดำเนินการ รอบเอวปกติ จำนวน 710 คน (ร้อยละ 47.1) หลังดำเนินการ มีรอบเอวปกติเพิ่มเป็น 735 คน (ร้อยละ 48.8) โดยพบว่า กลุ่มอ้วนลงพุงเปลี่ยนเป็นรอบเอวปกติ หลังดำเนินการ จำนวน 64 คน (ร้อยละ 4.2) ผลการเปรียบเทียบมวลกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยก่อนดำเนินการมวลกล้ามเนื้อปกติ จำนวน 1386 คน (ร้อยละ 88.9) หลังดำเนินการมวลกล้ามเนื้อปกติเพิ่มขึ้นเป็น 1,457 คน (ร้อยละ 93.5) โดยกลุ่มกล้ามเนื้อน้อยก่อนดำเนินการ เปลี่ยนเป็นกล้ามเนื้อปกติหรือมีมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จำนวน 82 คน (ร้อยละ 5.3) ผลการเปรียบเทียบระดับไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยก่อนดำเนินการระดับไขมันปกติ จำนวน 1,186 คน (ร้อยละ 76.2) หลังดำเนินการระดับไขมันปกติเพิ่มขึ้นเป็น 1,215 คน (ร้อยละ 78.1) โดยกลุ่มที่มีระดับไขมันเกินก่อนดำเนินการเปลี่ยนเป็น มีระดับไขมันปกติ จำนวน 52 คน (ร้อยละ 3.3) ผลการเปรียบเทียบอายุกายก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยก่อนดำเนินการอายุกายน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุจริงจำนวน 314 คน (ร้อยละ 20.2) หลังดำเนินการน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุจริงจำนวน เพิ่มขึ้นเป็น 366 คน (ร้อยละ 22.5) โดยกลุ่มที่มีอายุกายมากกว่าอายุจริงก่อนดำเนินการ เปลี่ยนเป็นมีอายุกายน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุจริงหลังดำเนินการจำนวน 67 คน (ร้อยละ 4.3) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ก่อน	หลัง		รวม	p
1. **รอบเอว**	-ปกติ	-อ้วนลงพุง		
ปกติ	671(44.6)	39(2.6)	710(47.1)	.018
อ้วนลงพุง	64(4.2)	732(48.6)	796(52.9)	
รวม	735(48.8)	771(51.2)	1,506(100.0)	
2. **มวลกล้ามเนื้อ**	มวลกล้ามเนื้อน้อย	มวลกล้ามเนื้อปกติ		
มวลกล้ามเนื้อน้อย	91(5.8)	82(5.3)	173(11.1)	<.001
มวลกล้ามเนื้อปกติ	11(0.7)	1,375(88.2)	1,386(88.9)	
รวม	102(6.5)	1,457(93.5)	1,559(100.0)	
3. **ระดับไขมันในร่างกาย**	ปกติ	ไขมันเกิน		
ปกติ	1,163(74.7)	23(1.5)	1,186(76.2)	<.001
ไขมันเกิน	52(3.3)	318(20.4)	370(23.8)	
รวม	1,215(78.1)	341(21.9)	1,556(100.0)	
4. **อายุกาย**	อายุกาย≤อายุจริง	อายุกาย>อายุจริง		
อายุกาย≤อายุจริง	299(19.2)	15(1.0)	314(20.2)	<.001
อายุกายมากกว่า	67(4.3)	1,177(75.5)	1,244(79.8)	
รวม	366(23.5)	1,192(76.5)	1,558(100.0)	

วิจารณ์

จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและองค์ประกอบร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าหลังดำเนินการกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเกินเปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 3.6 และกลุ่มอ้วนระดับ 1 เปลี่ยนเป็นกลุ่ม น้ำหนักเกินได้ร้อยละ 2.5 และกลุ่มอ้วนระดับ 2 หรืออ้วนอันตราย สามารถเปลี่ยนเป็น อ้วนระดับ 1 ได้ร้อยละ 1.2 ส่วนด้านองค์ประกอบร่างกาย พบว่าหลังดำเนินการ กลุ่มรอบเอวเกินหรืออ้วนลงพุง สามารถเปลี่ยนเป็นรอบเอวปกติได้ ร้อยละ 4.2 และระดับไขมันในร่างกายเกิน เปลี่ยนเป็น ระดับปกติได้ 3.3 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งเรื่องอาหาร และโภชนาการ อารมณ์ และการออกกำลังกาย ซึ่งการปรับพฤติกรรมดังกล่าวในทางที่ดี จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และองค์ประกอบของร่างกายได้แก่ มวลกล้ามเนื้อ ไขมันในร่างกาย

โดยผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ประเมินจากการวัดองค์ประกอบของร่างกาย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ วาสนา ศรีสุข และคณะ[8] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการลดน้ำหนักต่อดัชนีมวลกายและเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยเนื้อเยื่อไขมันน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ศุภชัย สามารถ และจุฬาภรณ์ โสตะ[9] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 40-49 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ไขมันในช่องท้อง เส้นรอบเอว มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยลวรณัฏฐ์ จีรัชตกรณ์ และเจษฎา สุวรรณวารี[10] พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการฝึกปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกาย ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น คือ จากเกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกิน ไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็น 5.9% และจากอ้วนระดับที่ 1 ไปอยู่ในเกณฑ์มีน้ำหนักตัวมากเกิน คิดเป็น 11.8% ส่วนองค์ประกอบร่างกายเปอร์เซ็นต์ไขมันมีค่าเฉลี่ยลดลง และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และอีกหลายการศึกษา[11-12] ได้ศึกษาแนวทาง 3 อ 2 ส สำหรับสร้างเสริมองค์ประกอบด้านร่างกายให้แต่ละกลุ่มในตัวอย่าง ซึ่งเน้นด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับด้านอารมณ์ โดยภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน เน้นกิจกรรมเสริมสร้างกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การออกกาลังกายด้วยไม้พลอง ไทเก็ก และเน้นให้อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน กากใยอย่างเหมาะสม กลุ่มโภชนาการมาตรฐาน เน้นหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ และเน้นการออกกำลังกายอย่างให้สมดุล คือ เพิ่มความยืดหยุ่น เพิ่มความแข็งแรง และเพิ่มความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มโภชนาการเกิน แนะนำออกกาลังกายทุกวันหรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง โดยเลือกการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน ด้านการรับประทานอาหารควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง รสหวาน และอาหารที่มีส่วนผสมของโซเดียม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี เป็นการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ซึ่งใช้กระบวนการคืนข้อมูลรายบุคคลด้วยการวัดองค์ประกอบร่างกาย ให้ทราบข้อมูลสุขภาพ เพื่อสร้างรอบรู้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หากมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคตได้

2. จากการศึกษาการติดตามข้อมูลมวลกล้ามเนื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่จะต้องสร้างมวลกล้ามเนื้อเพื่อเตรียมร่างกายให้แข็งแรง พร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงต่อไป

3. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผลการประเมินข้อมูลสุขภาพ ทุกตัวแปร มีแนวโน้มดีขึ้น ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักก็ตาม แต่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งควรกระตุ้นให้ดำเนินการต่อเนื่อง เพื่อส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงานเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดมหาสารคาม [Internet]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://mkho.moph.go.th/covid2019/main/frontend/web/index.php/reportcovid
3. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา. สถานการณ์โควิด-19 กับผลกระทบที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. กองบริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-2/.
4. Bourdas D I, Zacharakis E D. Impact of COVID-19 Lockdown on Physical Activity in a Sample of Greek Adults. Sports. 2020; 8(10):139.
5. Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, Otobe Y, Suzuki M, Koyama S, et al. Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey. J Nutr Heal aging. 2020;24(9):948–50.
6. กรมอนามัย. กรมอนามัย เผย โควิด-19 ทำวัยเรียน – วัยทำงาน – ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ย 14 ชั่วโมงต่อวัน [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141064/.
7. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. REGENERATING Physical Activity in Thailand after COVID-19 Pandemic: ฟื้นกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19. นนทบุรี: ภาพพิมพ์ จำกัด; 2563.
8. วาสนา ศรีสุข, ปรียา ลีฬหกลุ, จุฑารัตน์ ภัทรเกษวิทย์. ประสิทธิผลของโครงการลดน้ำหนักต่อดัชนีมวลกายและเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน. Rama Med J. 2565;45(20);17-27.
9. ศุภชัย สามารถ. จุฬาภรณ์ โสตะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานอายุ 40-49 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตำบลหนองกุงเซิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559;23(3):34–45.
10. ยลวรณัฏฐ์ จีรัชตกรณ์. เจษฎา สุวรรณวารี. การศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและส่งผลต่อความสุขในการทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(4):84-100.
11. ภัทรสิริ พจมานพงศ์. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพโดยแบ่งตามลักษณะองค์ประกอบด้านร่างกายของผู้สูงอายุสมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.

2562;20(39).73-87.

12. อารยา เกษมสำราญกุล. ศกลณัฏร์ คณะบูรณ์. ภาวะสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลองระยะติดตามโครงการ FIT FIGHT FOR FIRM ตามหลัก 3อ. ในบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6; 2563. อ้างอิงในเนื้อหา ขาด ตัวที่ 8 และ 10

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a model for caring for patients with acute myocardial infarction at Phon Thong Hospital, Roi Et Province

พนิดา พ้องเสียง*

Panida Pongseang

Corresponding author: e-mail; panida101.pp@gmail.com

(Received: September 17, 2024; Revised: September 24, 2024; Accepted: October 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลโพนทอง

รูปแบบการศึกษา : การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ตึกอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย ทุกคนจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - เมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับดีมาก การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 66.67 และอัตราการตายในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 6.67

สรุปและข้อเสนอแนะ : สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อเพิ่มผลลัพธ์และการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ควรส่งเสริมพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ในทีมให้ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อพัฒนารูปแบบบริการอย่างต่อเนื่อง มีการเสริมแรง พัฒนาศักยภาพ สร้างความตระหนักแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยเฉพาะการป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่ระดับครอบครัวและในชุมชน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด; รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน; พยาบาลวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพนทอง

Abstract

Purposes : To study the situation regarding,develop and evaluate to assess the outcomes of developing the care model for patients with acute myocardial infarction at Phon Thong Hospital.

Study Design : Action Research.

Materials and Methods : The sample consisted of professional nurses working in the emergency room, female internal medicine building, and male internal medicine building, totaling 30 participants. The tools used for data collection included a general information questionnaire and an assessment of skills in caring for patients with ischemic heart disease. The study was conducted between October 2023 and April 2024. Descriptive data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test. Qualitative data were analyzed through content analysis.

Main findings : 1) The skill level of the nurses in caring for patients with ischemic heart disease was found to be excellent. 2) The knowledge level regarding ischemic heart disease was also rated as excellent. 3) In terms of care evaluation, 66.67% of patients received thrombolytic therapy within 30 minutes, and the in-hospital mortality rate was 6.67%.

Conclusion and Recommendations: The developed care model for patients with acute myocardial infarction can be applied in all community hospitals to improve outcomes and meet care goals. It is recommended to enhance the professional development of nurses by providing specialized training in cardiovascular care. Continuous development of the care model should be encouraged through capacity-building initiatives, interdisciplinary collaboration, and promotion of preventive measures at the family and community levels.

Keywords : Myocardial infarction patients; Model for caring for patients with acute myocardial infarction; Professional nurse.

*Registered Nurse, Professional Level, Phonthong Hospital.

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน อาการที่สำคัญ คือ เจ็บเค้นอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือเจ็บขณะพักนานกว่า 20 นาที หรือเจ็บเค้นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่รุนแรงกว่าเดิม ร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันจากการปริตัวหรือแตกเป็นแผลจะทำให้เลือดแข็งตัวกลายเป็นลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือด จนเลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงหัวใจ กลายเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ในปี พ.ศ.2566 ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก ทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่า 20 ล้านคน และ 80% ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึงปีละ 7 หมื่นราย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้มักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์[1]

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ST Elevation Myocardial Infarction) หมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาที หรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมันที่เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตกร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้น จนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืดเป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10 การรักษาคือการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด[2] การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis) และการสวนหัวใจถือว่าเป็นการรักษาที่ได้มาตรฐาน เพราะเป็นการเปิดทางเดินหลอดเลือดหัวใจได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือด กลับไปเลี้ยงหัวใจใหม่ (Reperfusion) โดยเร็วที่สุด เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการทำงานของหัวใจเพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวขาดเลือดเฉียบพลันต้องได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกอย่างรวดเร็ว เพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า 30 นาที ถึง 6 ชั่วโมงจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและหากนานกว่า 6 ชั่วโมง โดยไม่ได้รับการรักษาจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดจะไม่เกิดประโยชน์ในการรักษาหากผู้ป่วยมีอาการนานกว่า 12 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา ชนะกอก ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลลำพูน[3] การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยถือเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & Mc Taggart)[4] เป็นแนวคิดและวิธีการ ปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อทำให้งานเสร็จสมบูรณ์อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและเชื่อถือไว้วางใจ ได้มากยิ่งขึ้น เป็นแนวคิดในการพัฒนางานตามวงจรปรับปรุงคุณภาพของงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะ นำไปสู่การดำเนินการแก้ปัญหา ปรับปรุงและพัฒนางานให้สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โรงพยาบาลโพนทอง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 150 เตียง มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 120,500 คน ให้บริการและรองรับเครือข่ายทั้งหมด

3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลหนองพอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลเมยวดี เริ่มพัฒนาระบบการบริการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 สถิติผู้ป่วย STEMI ที่มารับบริการปี พ.ศ. 2562 – 2566 พบว่ามีจำนวน 33, 28, 20, 22 และ 22 คน ตามลำดับ อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 46.67, 38.46, 64.29, 60และ 62.5 ตามลำดับ และมีอัตราการตายในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 2.30, 1.26, 0, 1.78 และ 27.27[5] อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นมาก

จากผลการทบทวนสาเหตุหรือปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง พบว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการ คือ ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลพบว่า ระยะเวลาที่เกิด อาการจนกระทั่งมาโรงพยาบาลนานกว่า 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ระยะการจัดการในโรงพยาบาลพบว่า ด้านผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ขาดความมั่นใจในการตรวจ วินิจฉัยและรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการตรวจและได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค ผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากความไม่พร้อมของหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในหลายๆด้าน เช่น ขาดอัตรากำลัง และบุคลากรขาดความรู้ และไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ มีแต่อายุแพทย์เท่านั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้การได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้รวดเร็วมีประสิทธิภาพมาก ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่สนับสนุนระบบการดูแล ปัญหา และ อุปสรรคที่มีผลต่อระบบ กระบวนการดูแลรวมทั้งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลโพนทอง เพื่อพัฒนาให้มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลโพนทอง

ขอบเขตการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & Mc Taggart)[4] มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าภาวะหัวใจหลอดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ทุกรายที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ โรงพยาบาลโพนทอง ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ตึกอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย ทุกคนจำนวน 30 คน และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและประสบการณ์การประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

3. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหาและความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (อายุรแพทย์

2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) 1 ท่าน) ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกหรือผิด

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1. ติดต่อประสานงานและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง

2. ขอความสมัครใจในการร่วมกระบวนการวิจัย

3. จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน แผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย และแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน ในด้านเนื้อหา และความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) 1 คน ปรับปรุงและแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

4. ประสานเภสัชกรใช้คลังยาร่วม สำหรับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase จัดทำกล่องยา ที่สามารถเปิดใช้ได้ทันทีสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS Box) ประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทักษะในการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการติดตามหลังจากจำหน่าย

2. ประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อน-หลัง อบรม

3. ประเมินความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อน-หลัง อบรม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินทักษะดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อน-หลัง และ แบบประเมินความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อน-หลัง อบรม เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประเมินผลวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดยประเมินผลแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การพัฒนาปรับปรุงให้เป็นแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้มีความตระหนักในภาวะฉุกเฉินที่ต้องช่วยเหลือและเรียกใช้บริการเร่งด่วน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่ จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูลวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1162566 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ตึกอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จำนวน 20 ข้อ โดยประเมินก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 – 30 เมษายน พ.ศ.2567

1) กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 96.7) ช่วงอายุที่พบมากคือช่วงอายุ 21–30 ปี (ร้อยละ 53.33) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100) ประสบการณ์การประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่เคยอบรม (ร้อยละ 63.3) เคยอบรมการอ่าน EKG (ร้อยละ 30.0)

2) ผลประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ทักษะก่อนการอบรมในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด คือ ประเมินผู้ป่วย สัญญาณชีพ วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วประเมิน Pain score และทักษะเปิดหลอดเลือดดำ ส่งเลือดตรวจตามแผนการรักษา (ร้อยละ 96.7) ทักษะที่ได้น้อยที่สุด คือทักษะให้ยาตามแผนการรักษา Aspirin 300 mg เคี้ยวแล้วกลืนทันที Clopidogrel 75 mg 4 เม็ดในอายุ < 75 ปี และ 1 เม็ดในอายุ > 75 ปี รับประทานทันที (ร้อยละ 80.0) หลังการอบรมพบว่ามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น คือ ทักษะประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกโดยไม่ต้องรอบัตร สงสัย STEMI ส่งเข้า ER เพื่อทำ EKG ทันที ทักษะประเมินผู้ป่วย สัญญาณชีพ วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วประเมิน Pain score ทักษะให้ออกซิเจนแคนนูลา 3-5 ลิตรต่อนาทีถ้า O2 sat< 91% ทักษะหลอดเลือดดำ ส่งเลือดตรวจตามแผนการรักษา ทักษะให้ยาตามแผนการรักษา Aspirin 300 mg เคี้ยวแล้วกลืนทันที Clopidogrel 75 mg 4 เม็ดในอายุ < 75 ปี และ 1 เม็ดในอายุ > 75 ปี รับประทานทันที และทักษะให้ Streptokinase 1.5 m unit ให้ทางหลอดเลือดดำภายใน 30-60 นาที ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดพร้อมทั้งลงบันทึก (ร้อยละ 100.0)

3) ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนการอบรมที่ได้มากที่สุด คือข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มโดยเด็ดขาด คือมีประวัติเลือดออกในสมอง และขณะนำส่งผู้ป่วย STEMI ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพให้พร้อม เช่น Inotropic drug ,Emergency box, Defbrillation (ร้อยละ 100.0) ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนการอบรมที่ได้น้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) ถ้ามีอาการอีกไม่สามารถให้ยานี้ซ้ำได้ (ร้อยละ 60.0) ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการอบรมที่ได้มากที่สุด คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมันที่เกาะในหลอดเลือดจนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ สูบบุหรี่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมี อาการแน่นหน้าอกตรงกลางหน้าอก เจ็บมากขึ้น พักหรืออมยาขยายหลอดเลือดจะไม่หายปวด เจ็บแน่นๆ ร้าวไปกราม เหงื่อออกตัวเย็น หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้อาเจียน การวินิจฉัยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้จากการซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอ่าน EKG ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มโดยเด็ดขาด คือมีประวัติเลือดออกในสมอง ภายหลังให้การวินิจฉัย STEMI ต้องตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเร็วที่สุด ภายใน 10 นาทีหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที การผสม Streptokinase (SK) ขนาด 1.5 ล้านยูนิต ผสมใน Normal saline 100 มล. ให้ทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 30-60 นาที Monitor EKG ,V/S ทุก 5 นาทีขณะเริ่มให้ยา ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น Hypotension, Bleeding, VF, VT ขณะนำส่งผู้ป่วย STEMI ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพให้พร้อม เช่น Inotropic drug, Emergency box, Defibrillation และ ผู้ป่วย STEMI ที่ Cardiac arrest ต้องเริ่ม CPR ทันที (ร้อยละ 100.0) ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการอบรมที่ได้น้อยที่สุด คือ อ่าน EKG ผู้ป่วย STEMI ต้องให้ Clopidogrel ครั้งแรก

ขนาด 300 มก.ในผู้ป่วยอายุ ≤75 ปี หากอายุ >75 ปี ให้ 75 มก.โดยไม่ต้องมี loading และให้ต่อเนื่องในขนาด 75 มก. ต่อวัน และ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ซ้ำที่ 90 นาที หลังได้รับยา Streptokinase เพื่อประเมินผลของการเกิด Reperfusion โดยดูระดับการลดลงของ ST segment (ร้อยละ 93.3)

ตารางที่ 1 แสดงทักษะในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเปรียบเทียบระหว่างก่อนการพัฒนารูปแบบกับหลังการพัฒนารูปแบบ

	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ		
ตัวแปร	Mean(SD.)	t	95% CI	Mean(SD.)	t	95% CI
ทักษะในการดูแล	18.23(4.08)	24.46*	16.70, 19.75	19.80(0.40)	266.56*	19.64, 19.95
ความรู้	17.26(2.42)	39.07*	16.36, 18.17	19.53(0.73)	146.50*	19.26, 19.80

p*<.01

จากตารางที่ 1 พบว่าทักษะในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Mean=19.80, SD.=0.40) สูงขึ้นก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Mean=19.53, SD.= 0.73) สูงขึ้นก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)

วิจารณ์

1. ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การประเมินคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ดีและดีมากหลังอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสอดคล้องกับงานวิจัย วรรณิภา เสนุภัย และคณะ[6] มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การประเมินคัดกรอง การประเมินสัญญาณชีพ การซักประวัติความเสี่ยง การทำ EKG การดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ตลอดจนดูแลขณะส่งต่อไปยังแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรรถวุฒิ พรมรัตน์ และคณะ[7] ได้พัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

2. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนาสูงขึ้นก่อนการพัฒนาสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ กรองทอง และคณะ[8] ซึ่งได้พัฒนารูปแบบทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา รวมทั้งสอดคล้องกับดรุณี วินัยพานิช และคณะ[9] ได้พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุแลฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีความรู้ภายหลังการใช้รูปแบบรายกรณี ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับมาก ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้เกิดผลดีในการดูแลผู้ป่วย

3. การบรรลุวัตถุประสงค์ตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการวิจัย พบว่า ตัวชี้วัดอตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังดำเนินการเพิ่มเป็นร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับการศึกษาของดรุณี วินัยพานิช และคณะ[9] ซึ่งพบว่าร้อยละของผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ภายใน 30 นาที (คิดเป็นร้อยละ 76.76) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือร้อยละ 60 อัตราการตายในโรงพยาบาล (คิดเป็นร้อยละ 6.67) ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของงศศิธร ช่างสุวรรณ์ และคณะ[10] ซึ่งได้พัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าอัตราตายผู้ป่วย STEMI หลังการพัฒนาลดลงแม้ว่าตัวชี้วัดในการศึกษานี้มีแนวโน้มดีขึ้น

ตารางที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ด้าน คือ

ด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
1. ทักษะการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก การซักประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความเสี่ยง	1. พยาธิสภาพของโรค
2. ทักษะการประเมินสัญญาณชีพ วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วประเมิน Pain score	2. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค
3. ทักษะการทำ EKG 12 leads ประเมินผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น และรายงานแพทย์	3. อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
4. ทักษะการดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่งเลือดตรวจตามแผนการรักษา ให้ออกซิเจนแคนนูลา 3-5 ลิตรต่อนาทีถ้า O_2 sat < 91%	4. การวินิจฉัย การซักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. ทักษะการให้ Streptokinase 1.5 m unit ให้ทางหลอดเลือดดำภายใน 30-60 นาที ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดพร้อมทั้งลงบันทึก	5. การอ่าน และแปลผล EKG
6. ทักษะการดูแลขณะส่งต่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด	6. การดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้ยาและหลังให้ยา
	7. การดูแล ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการผิดปกติ เช่น Cardiogenic shock VF VT
	8. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS)

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อเพิ่มผลลัพธ์และการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ควรมีการส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในทีมการพยาบาลให้ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อพัฒนารูปแบบบริการอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีระบบนิเทศ ประเมินผล เพื่อสร้างความตระหนักแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติตามรูปแบบบริการทางด่วน

4. ในระดับชุมชนควรมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้และรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันหัวใจโลก 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/ news.php?news=37372&deptcode=brc
2. โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต. ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI) [อินเทอร์เน็ต]; 2018 [12เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.phukethospital.com/th/clinical-outcome-heart-stemi/.
3. นิตยา ชนะกอก. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขลานนา. 2558;11(2)2;37-43.
4. Kemmis S, Mc Taggart R, Retallick J. The action research planner (2nd ed.). Revised.

Aga Khan University, Institute for Educational Development, Karachi; 2004.

5. โรงพยาบาลโพนทอง. ร้อยเอ็ด. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประจำปี 2562-2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลโพนทอง; 2567.
6. วรรณิภา เสนุภัย, พนิดา เตชะโต, สิริพร ดำน้อย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2562;11(3):104-119.
7. อรรถวุฒิ พรมรัตน์, กรรณพร บัวลีวรรณ. การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):115-26.
8. สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุรศร, สุนันญา พรมตวง. พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;33(1),45-60.
9. ดรุณี วินัยพานิช, พาณี วิรัชชกุล, จินดา ผุดผ่อง, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารกองการพยาบาล. 2559;43(2),101-26.
10. ศศิธร ช่างสุวรรณ์, จินต์จุฑา รอดพาล, ศรีสุรีย์ สูนยานนท์, สมทรง บุตรชีวัน. การพัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(3): 372-84.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด
The Development for Intermediate Care in Health Service Network model, Roi Et Province

รุจิรา จันทร์หอม*
Rujira Chanhorm
Corresponding author E-mail : Ooy1321@gmail.com
(Received: September 18, 2024; Revised: September 25, 2024; Accepted: October 25, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาบริบท พัฒนารูปแบบ และประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มเป้าหมายเป็นทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 30 คน และผู้ป่วยระยะกลาง 934 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โปรแกรม Nemo care และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Paired t-test

ผลการศึกษา : จังหวัดร้อยเอ็ดมีการดำเนินการจัดระบบบริการการดูแลระยะกลาง ครอบคลุมทุกพื้นที่ 20 อำเภอ โดยมีการดำเนินการแบบ Intermediate bed จำนวน 12 แห่ง และแบบหอผู้ป่วยใน Intermediate ward 6 แห่ง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 2) พัฒนาคู่มือการการดูผู้ป่วยระยะกลาง และแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3) พัฒนาหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 4) จัดประชุมทีมสารสนเทศโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดร่วมกันออกแบบวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูลและการเชื่อมต่อข้อมูลในโปรแกรม Nemo care ให้เป็นระบบและออกแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Network Design) ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย และจากกระบวนการวิจัย ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้นและครอบคลุมผู้ป่วยทุกคน ผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI)=20 ร้อยละ 55.25 ทำให้ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาฯ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Mean = 41.79, 95%CI = 35.06 – 48.53) และส่งผลให้คณะกรรมการมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.33

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วย; ผู้ป่วยระยะกลาง; เครือข่ายบริการจังหวัดร้อยเอ็ด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To explore the context, develop a care model, and evaluate the outcomes of this model in the health service network of Roi Et Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The target group included 30 multidisciplinary healthcare professionals from hospitals in Roi Et Province's health service network and 934 intermediate care patients. The study was conducted from October 2020 to September 2021. Data were collected through interviews, the Nemocare program, and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics with a Paired t-test to compare the means.

Main findings : Roi Et Province revealed that intermediate care systems have been implemented across all 20 districts. There are 12 facilities with intermediate beds and 6 facilities with intermediate wards. The intermediate care model in Roi Et 's health service network includes: 1) Developing intermediate care (IMC) services from hospitals to communities within the Roi Et health service network, 2) Creating an intermediate care manual and patient care guidelines, 3) Developing a training curriculum to enhance the capacity of personnel in intermediate care, and 4) Organizing meetings between hospital IT teams and the Roi Et Provincial Public Health Office to collaboratively design and implement the Nemo care program for systematic data collection and network design between hub hospitals and spoke hospitals. As a result of the research process, patient care has expanded to cover more patients. Patients received intermediate care rehabilitation and were followed up for six months, with 55.25% achieving a Barthel Index (BI) score of 20. Patient satisfaction with the model significantly increased after its development (Mean = 41.79, 95% CI = 35.06 – 48.53, $p < .001$). Moreover, 93.33% of the committee members exhibited a high level of participation.

Conclusion and Recommendations : This research led to an increase in intermediate care for the target group.

Keywords : Patient care; Intermediate care; Roi Et provincial health network

* Registered Nurse, Professional Level, Roi Et Provincial Public Health Office.

บทนำ

"INTERMEDIATE CARE" เป็นจุดเชื่อมโยงการดูแลที่ลดความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเปลี่ยนภาระเป็นพลังของสังคม จากจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) ข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องและเชื่อมโยงการบริการ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการ การดูแลสุขภาพระยะกลางขึงเป็นการสร้างความต่อเนื่องของการบริการที่เกี่ยวข้องทั้งข้อมูล และบริการทางการแพทย์ ในระยะเฉียบพลัน (Acute Care) กับบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) กระทรวงสาธารณสุขตระหนัก ถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน[1] ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ยุทธศาสตร์การบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence) จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขโดยกำหนดเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งคือ มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และให้มีแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ได้มีการกำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง[2] โดยกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ คือ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง เริ่มต้นในกลุ่มผู้ป่วย Post-acute Stroke, Post-brain and Spinal Cord Injury เริ่มให้มีการดำเนินงานจนสามารถขยายขอบเขตการบริการ และตอบสนองความต้องการของพื้นที่ ซึ่งบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ ให้บริการดูแลระยะกลาง

ในทำนองเดียวกันจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ร่วมประเมินวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่หอผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่เครือข่ายและชุมชน พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังขาดความเชื่อมต่อของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งในเรื่องจำนวนครั้งของการติดตามเยี่ยมบ้าน ประวัติการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชุมชน นอกจากนั้นยังพบว่า จากการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 - 2563 มีผู้ป่วย Stroke HHC จำนวน 347, 350, 354, 403, 497 และ 581 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วย Strokeที่ เข้าเกณฑ์ IMC จำนวน 252, 180, 189, 277, 226 และ 313 ราย และ ผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 204, 158, 179, 261, 222 และ 309 ราย ตามลำดับ[3] จากประสบการณ์การดำเนินงานดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า ยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันมักขึ้นกับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน จากสถานการณ์ข้างต้นพบว่าการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางมีการให้บริการที่ไม่เป็นระบบ ขาดความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน และไม่ครอบคลุม ทั้งคน เงิน วัสดุสิ่งของ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยและคนพิการ ในผู้ป่วยระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจำนวนมากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยังไม่เหมาะสมเพียงพอด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ[4]

จากการประมวลเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นความสำคัญของวางแผนจำหน่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่เป็นระบบสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ดังนั้น ผู้วิจัยและทีมงาน จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบริบท พัฒนารูปแบบ และประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR คือ Planning, Action, Observation และ Reflectionระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564

ขั้นการวางแผน (Planning)

P1: จัดประชุมแบบระดมสมองเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและบริบทแวดล้อม โดยการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์หรือศึกษาและทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ สรุปประเด็นที่ได้จากการประชุมสนทนากลุ่ม และนำเนอข้อมูลให้กับคณะกรรมการพัฒนาระบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดร้อยเอ็ด

P2: จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง

ขั้นปฏิบัติการ (Action)

A1: แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

A2: จัดทำโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

A3: พัฒนาคู่มือการการดูผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงพัฒนาให้เข้ากับบริบทของพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

A4: พัฒนาหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และสมอง การประเมินความผิดปกติความบกพร่องด้านจิตใจและร่างกาย การบำบัดฟื้นสภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ และแนวทางการบำบัดฟื้นสภาพทางการพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

A5: จัดประชุมทีมสารสนเทศโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและระบบสารสนเทศ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าหมาย และร่วมกันออกแบบวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูล และการเชื่อมต่อข้อมูลในโปรแกรม Nemo care ให้เป็นระบบและออกแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Network Design) ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย

ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

O1: ติดตาม นิเทศงาน นิเทศติดตามเยี่ยมโรงพยาบาลระดับ Node และเครือข่าย

O2: ประเมินผลการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโปรแกรม Nemo care

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

R1: จัดประชุมบุคลากรสหวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายหลังจากที่นำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ พร้อมทั้งสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มเป้าหมาย จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่ 1** ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ

บริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง 2) เป็นผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และ 3) ยินดีและความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ **และกลุ่มที่ 2** ผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 760 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ก่อนและหลังการพัฒนา และ 2) ข้อมูลระบบสารสนเทศโปรแกรม Nemo care

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 30 คน และข้อมูลจากโปรแกรม Nemo Care โดยมีข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 934 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วนแล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ (Content Analysis) และ 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย สถานสุขภาพของผู้ป่วย และระดับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา (Paired t - test) ได้แก่ ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยโดยชี้แจง รายละเอียดของโครงการวิจัยตามแบบฟอร์มข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร และเมื่ออาสาสมัคร ทำความเข้าใจเรียบร้อย และความยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform consent form) พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ และการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ผลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาโดยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 119/2562 และเลขที่ 148/2563

ผลการวิจัย

1. บริบทการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่าย

บริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด มีจำนวนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 คน พยาบาลฟื้นฟู (จบหลักสูตร 4 เดือน) 9 คน นักกายภาพบำบัด 80 คน นักกายภาพบำบัด (จบหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 4 เดือน) 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 1 คน แพทย์แผนจีน/แพทย์อบรมฝังเข็ม 17 คน (12 รพ.) และแพทย์แผนไทย 88 คน

การให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพทุกอำเภอ ในโรงพยาบาลอำเภอ มีหอผู้ป่วยใน Intermediate ward 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพนทอง โรงพยาบาลเสลภูมิ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย โรงพยาบาลอาจสามารถและโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และ Intermediate bed อีก 12 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลจังหาร โรงพยาบาลธวัชบุรี โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โรงพยาบาลเมยวดี โรงพยาบาลหนองพอก โรงพยาบาลศรีสมเด็จ โรงพยาบาลเมืองสรวง โรงพยาบาลพนมไพร โรงพยาบาล ปทุมรัตต์ โรงพยาบาลโพนทราย และโรงพยาบาลหนองฮี รวมเตียง Intermediate bed/wad จำนวน 75 เตียง เหลือโรงพยาบาลเชียงขวัญเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีหอผู้ป่วย จึงยังไม่ได้จัดต้อง Intermediate bed

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยได้จัดประชุมและแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ทั่วไป นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนจีน/แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และนักอรรถบำบัดประกอบด้วย 1) การจัดทำโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด 2)การพัฒนาคู่มือการการดูผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงพัฒนาให้เข้ากับบริบทของพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด 3) การพัฒนาหลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง การประเมินความผิดปกติความบกพร่องด้านจิตใจและร่างกาย การบำบัดฟื้นสภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ และ แนวทางการบำบัดฟื้นสภาพทางการพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 4) จัดประชุมทีมสารสนเทศโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและระบบสารสนเทศ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าหมาย และร่วมกันออกแบบวางแผนพัฒนาโปรแกรม ในการจัดเก็บข้อมูล และการเชื่อมต่อข้อมูลในโปรแกรม Nemo care ให้เป็นระบบและออกแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Network Design) ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 การส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Refer Visited) ไปยังเครือข่ายสุขภาพ 20 แห่ง จำนวนทั้งหมด 934 คน ไม่พบผู้ป่วยในชุมชน (No Found Patients) จำนวน 14 คน (1.94%) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมในชุมชน (Visited) จำนวน 866 (92.72) และตาย (Deaths) จำนวน 56 คน (6.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

เครือข่ายสุขภาพ	ส่งเยี่ยม	ไม่ออกเยี่ยม		พบผู้ป่วย		ไม่พบผู้ป่วย		เสียชีวิต	
	n	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1. อ.เมืองร้อยเอ็ด	160	6	3.75	145	90.63	1	0.63	8	5.00
2. อ.เกษตรวิสัย	70	0	0.00	69	98.57	0	0.00	1	1.43
3. อ.ปทุมรัตต์	50	3	6.00	44	88.00	0	0.00	3	6.00
4. อ.จตุรพักตรพิมาน	45	0	0.00	45	100.00	0	0.00	0	0.00
5. อ.ธวัชบุรี	48	0	0.00	41	85.42	1	2.08	6	12.50
6. อ.พนมไพร	44	0	0.00	40	90.91	0	0.00	4	9.09
7. อ.โพนทอง	55	2	3.64	41	74.55	3	5.45	9	16.36
8. อ.โพธิ์ชัย	27	1	3.70	24	88.89	0	0.00	2	7.41
9. อ.หนองพอก	35	0	0.00	31	88.57	0	0.00	4	11.43
10. อ.เสลภูมิ	141	0	0.00	130	92.20	2	1.42	9	6.38
11. อ.สุวรรณภูมิ	35	0	0.00	35	100.00	0	0.00	0	0.00
12. อ.เมืองสรวง	14	0	0.00	14	100.00	0	0.00	0	0.00
13. อ.โพนทราย	11	0	0.00	11	100.00	0	0.00	0	0.00
14. อ.อาจสามารถ	54	0	0.00	49	90.74	2	3.70	3	5.56
15. อ.เมยวดี	20	0	0.00	17	85.00	0	0.00	3	15.00
16. อ.ศรีสมเด็จ	28	0	0.00	28	100.00	0	0.00	0	0.00
17. อ.จังหาร	48	0	0.00	46	95.83	2	4.17	0	0.00
18. อ.เชียงขวัญ	21	0	0.00	16	76.19	3	14.29	2	9.52
19. อ.หนองฮี	8	0	0.00	7	87.50	0	0.00	1	12.50
20. อ.ทุ่งเขาหลวง	20	0	0.00	19	95.00	0	0.00	1	5.00

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ได้การดูแลโดยการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 934 คน มีอาการดีขึ้น (Improve) จำนวน 704 คน (75.37%) อาการแย่ลง (Worse) จำนวน 90 คน (9.64%) อาการทรงตัว (Stables) จำนวน 140 คน (14.99%) เกิดภาวะแทรกซ้อน (Complication) จำนวน 27 คน (2.89%)) และผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI) = 20 จำนวน 516 คน (55.25%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังการพัฒนาอาการผู้ป่วยโดยรวม

เครือข่ายสุขภาพ	Total cases	Improve		Worse		Stables		Compli		BI=20	
		n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	N	ร้อยละ
1. อ.เมืองร้อยเอ็ด	160	118	73.75	18	11.25	24	15.00	3	1.88	59	36.88
2. อ.เกษตรวิสัย	70	56	80.00	1	1.43	13	18.57	2	2.86	52	74.29
3. อ.ปทุมรัตต์	50	35	70.00	4	8.00	11	22.00	0	0.00	26	52.00
4. อ.จตุรพักตรพิมาน	45	40	88.89	0	0.00	5	11.11	0	0.00	35	77.78
5. อ.ธวัชบุรี	48	37	77.08	7	14.58	4	8.33	0	0.00	25	52.08
6. อ.พนมไพร	44	28	63.64	6	13.64	10	22.73	0	0.00	22	50.00
7. อ.โพนทอง	55	32	58.18	9	16.36	14	25.45	2	3.64	13	23.64
8. อ.โพธิ์ชัย	27	17	62.96	4	14.81	6	22.22	1	3.70	17	62.96
9. อ.หนองพอก	35	25	71.43	6	17.14	4	11.43	1	2.86	17	48.57
10. อ.เสลภูมิ	141	118	83.69	11	7.80	12	8.51	1	0.71	96	68.09
11. อ.สุวรรณภูมิ	35	27	77.14	4	11.43	4	11.43	2	5.71	20	57.14
12. อ.เมืองสรวง	14	12	85.71	0	0.00	2	14.29	0	0.00	12	85.71
13. อ.โพนทราย	11	9	81.82	2	18.18	0	0.00	0	0.00	5	45.45
14. อ.อาจสามารถ	54	43	79.63	5	9.26	6	11.11	4	7.41	33	61.11
15. อ.เมยวดี	20	16	80.00	4	20.00	0	0.00	0	0.00	11	55.00
16. อ.ศรีสมเด็จ	28	21	75.00	0	0.00	7	25.00	4	14.29	17	60.71
17. อ.จังหาร	48	41	85.42	3	6.25	4	8.33	1	2.08	29	60.42
18. อ.เชียงขวัญ	21	11	52.38	3	14.29	7	33.33	4	19.05	10	47.62
19. อ.หนองฮี	8	4	50.00	1	12.50	3	37.50	0	0.00	7	87.50
20. อ.ทุ่งเขาหลวง	20	14	70.00	2	10.00	4	20.00	2	10.00	10	50.00

3.2 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ จากการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.72 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 27.59 และระดับมาก ร้อยละ 20.69 ตามลำดับ โดยหลังจากการพัฒนารูปแบบ พบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.31 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 20.69 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	6	20.69	23	79.31
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	15	51.72	6	20.69
ระดับความพึงพอใจน้อย	8	27.59	0	0.00
	Mean = 79.59 SD. = 27.56		Mean = 121.38 SD. = 23.93	

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาฯ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Mean = 41.79, 95%CI = 35.06 – 48.53) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาฯ

	N	Mean	SD.	Mean Diff	95% CI	p
ก่อนการพัฒนา	30	79.59	27.56	41.79	35.06 – 48.53	.001
หลังการพัฒนา	30	121.38	23.93			

3.3 ผลการพัฒนาจากการสำรวจการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.33 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	28	93.33
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	2	6.67
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	-	-
Mean = 85.70 SD. = 8.04 Max = 99 Min = 68		

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลาง

ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Refer Visited) ไปยังเครือข่ายสุขภาพ 20 แห่ง จำนวนทั้งหมด 934 คน ไม่พบผู้ป่วยในชุมชน (No Found Patients) จำนวน 14 คน (1.94%) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมในชุมชน (Visited) จำนวน 866 (92.72) และตาย (Deaths) จำนวน 56 คน (6.00%) สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก (M = 4.13, SD. = 0.35 และ M = 4.15, SD. = 0.36 ตามลำดับ) ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 95.0 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องของการดูแล[5]

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ได้การดูแลโดยการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 934 คน มีอาการดีขึ้น (Improve) จำนวน 704 คน (75.37%) อาการแย่ลง (Worse) จำนวน 90 คน (9.64%) อาการทรงตัว (Stables) จำนวน 140 คน (14.99%) เกิดภาวะแทรกซ้อน (Complication) จำนวน 27 คน (2.89%)) และผู้ป่วยได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือค่า Barthel Index (BI) = 20 จำนวน 516 คน (55.25%) จากการปฏิบัติตามรูปแบบการดำเนินงานทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับเดียวกับการดูแลผู้ป่วย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 48 วัน จำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัมพาตเฉพาะท่อนล่าง (Paraplegia) (Motor Power grade 0, ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ การประเมิน Barthel ADL index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแล IMC ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือน โดยมีนัดติดตามอาการเป็นระยะทุก 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ การประเมิน Barthel ADL Index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแล IMC ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือน โดยมีนัดติดตามอาการเป็นระยะทุก 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย โดยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ปัจจุบันผู้ป่วยเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน Knee Brace ร่วมกับ Walker สามารถปัสสาวะเองได้ และสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้มากขึ้น ระหว่างศึกษา Case ผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาตัวใน รพ. นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองตามที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้โปรแกรมได้เป็นอย่างดี[6-7]

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Deutsch และคณะ[8] ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และระบบการเคลื่อนไหวที่ฟื้นตัวดีขึ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในลักษณะผู้ป่วยในจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยาโภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในกรณีมีปัญหาด้านต่างๆ[9] อย่างไรก็ตาม การส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูที่บ้านควรให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในก่อน แล้วจึงพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก และการฟื้นฟูแบบ IMC ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถรองรับผู้ป่วยที่ผ่านระยะ Acute stroke มาฟื้นฟูต่อเนื่องทันทีเนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุด[10]

การศึกษาความพึงพอใจ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.72 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 27.59 และระดับมาก ร้อยละ 20.69 ตามลำดับ โดยหลังจากการพัฒนารูปแบบ พบว่าระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.31 และ

รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 20.69 และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาฯ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Mean = 41.79 , 95%CI = 35.06 – 48.53) สอดคล้องกับ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจฉริยะ พบว่า ระบบส่งต่อผู่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบถืออัจฉริยะ (Stroke Man) เป็นระบบโครงสร้างฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันตามสิทธิการเข้าถึงของผู้ใช้งาน โดยแพทย์ประสาทวิทยาและบุคลากรทางการแพทย์สามารถสั่งการใช้งานได้ทันที มีทั้งรูปแบบ Web-based Application ที่เชื่อมต่อชั้นกับระบบฐานข้อมูลและมีการใช้งานผ่านแอปพลิเคชั่นในระบบ ไอโอเอสและแอนดรอยด์ ประกอบด้วยข้อมลการรักษาของป่วย แผนการรักษา แผนการกายภาพบำบัด และแผนการรักษาเมื่อส่งกลับไปดูแลต่อในโรงพยาบาลชุมชน ประสิทธิภาพและความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงสุด[11]

ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วม พบว่า จากการสำรวจการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.33 เนื่องจาก กลุ่มคณะกรรมการได้มีการร่วมคิดหาแนวทางการดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าบุ คลากรหลายวิชาชีพมีความสำคัญต่อการวางแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีความครอบคลุม สามารถส่งต่อข้อมูลที่ได้มาตรฐานและใช้งานได้จริง ในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และรวมถึงการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถของบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ควรพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้กับผู้ดูแลในทุกระดับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดำเนินงาน รวมถึงการที่ทุกหน่วยบริการมีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้เป็นแกนนำในการพัฒนาระบบอย่างชัดเจน การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานภาพรวมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาในการให้คำปรึกษาชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้านการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มงาน ที่ให้ข้อเสนอแนะทุก ๆ เรื่องในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner; 1988.
2. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. คู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC. นนทบุรี: กรมการ แพทย์; 2561.
3. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง. สมุทรสาคร: บอร์นทูบี พับลิชชิ่ง; 2562.
4. สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุราษฎร์ธานี; 2558.
5. สุกัญญา ยงสว่าง, ธนวรรณ สินประเสริฐ, ปราณี เตชรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5.2558;34(3):236-47.
6. พัชรฉัตร ภูมิสถาน. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง : กรณีศึกษา.ชัยภูมิเวชสาร. 2563;40(1): 173-87.
7. ประธาน ศรีจุลฮาด. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 14(3)2564: 229-32.

8. Deutsch A, Granger C V, Heinemann A W, Fiedler R C, DeJong G, Kane R L, et al. Poststroke rehabilitation: outcomes and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs. Stroke. 2006;37:1477-82.
9. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation and the American Society of Neurorehabilitation. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. Stroke. 2016;e2-72.
10. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontiporn C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under the universal coverage scheme in Thailand. Journal of Health Science. 2015;24(2):493-509.
11. นิอร สิริมงคลเลิศกุล, ฐานุตร์ ถมังรักษ์สัตว์, พบสุข ตัณสุหัช, วิทยศักดิ์ รุจิวรกุล, ชมพูนุท สิงห์มณี, สายพิน กัญชาญพิเศษ, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถือ อัจฉริยะ. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2565;75(1):39-49.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effectiveness of Behavior Modification Complying with 3E 2S Programs to Knowledge Health Behaviors and Blood Pressure in People at Risk of Hypertension, Nongphok Hospital Nongphok District, Roi-Et Province

กัญญาณัท ศักดิวงศ์*
Kanyanat Sakdiwong
Corresponding author: E-mail; yyuuii_7329@hotmail.com
(Received: September 19, 2024; Revised: September 27, 2024; Accepted: October 27, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับความดันโลหิตก่อน และหลังการใช้โปรแกรม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และแบบประเมินความพึงพอใจที่มีความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71 และ 0.80 ตามลำดับ และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 5.50 คะแนน (95% CI; 3.38, 7.16) ; คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 37.28 คะแนน (95% CI; 34.69, 39.85) ; คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ลดลง 12.05 mmHg (95% CI; 9.57,16.32) ; คะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตลดลง 12.95 mmHg (95% CI; 9.57,16.32) และมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.84, SD.=0.30)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์เพิ่มขึ้นแต่ควรเพิ่มการกำกับติดตามโดยออกเยี่ยมบ้านหรือติดตามผ่าน อสม. เพื่อกระตุ้นและเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : แนวทาง 3อ.2ส.; ความรู้; พฤติกรรม; กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To compare knowledge, self-care behaviors and blood pressure levels before and after the implementation of the program.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : The sample consisted of 40 individuals at high risk for hypertension, residing in the service area of the Primary Care and Holistic Health Unit at Nong Phok Hospital. The study was conducted from July to September 2024. Data were collected using a knowledge test, a self-care behavior questionnaire and a satisfaction assessment form, all of which were validated for content accuracy by experts. The reliability was determined using Cronbach's alpha, with values of 0.71 and 0.80, respectively. Interviews were also conducted. Data analysis employed frequency, percentage, mean, median, standard deviation and paired t-test, with statistical significance set at a 95% confidence interval.

Main findings : After intervention, participating in hypertension risk group program, participants demonstrated a significantly higher mean knowledge scores on hypertension compared to their before program scores ($p<.001$), with an increase of 5.50 (95% CI: 3.38, 7.16). Additionally, mean scores of self-care behavior improved significantly ($p<.001$), showing an increase of 37.28 (95% CI: 34.69, 39.85). The mean scores systolic blood pressure were also significantly lower after the program ($p<.001$), with an mean reduction of 12.05 mmHg. (95% CI: 9.57, 16.32). Furthermore, the mean scores diastolic blood pressure were decreased significantly ($p<.001$), with a reduction of 12.95 mmHg. (95% CI: 9.57, 16.32) and the satisfaction level with after program participation was high (Mean = 2.84, SD. = 0.30).

Conclusion and Recommendations : The findings demonstrate positive outcomes for the participants. However, further follow-up, including home visits or monitoring through community health volunteers, is recommended to provide continuous reinforcement and motivation.

Keywords : 3E2S approach; Knowledge, Behavior; High-risk hypertension group.

* Registered Nurse, Professional Level, Nongphok Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงนับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปัจจุบันมีประชากรหลายล้านคนทั่วโลก เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข คาดว่ามีผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 70 ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม อันนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยในเขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 7 ของประเทศและจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพ 7 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (ข้อมูลสถิติต่อประชากรแสนคน 100,000 คน ปี พ.ศ.2560-2564 กรมควบคุมโรคสำนักงานโรคไม่ติดต่อ[1-2]

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น กินอาหารรสเค็มจัดที่ปรุงด้วยเกลือปริมาณมากกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน การไม่ออกกำลังกายและอาการของความเครียดที่เป็นบ่อยครั้ง คือ วิตกกังวลจนนอนไม่หลับ เมื่อทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคหงุดหงิดโมโหง่าย รวมทั้งมีการผ่อนคลายความเครียดไม่เหมาะสม[3] เช่นเดียวกับกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลหนองพอก ได้ลงพื้นที่ในการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบจำนวน 20 หมู่บ้าน อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากรได้รับการคัดกรอง จำนวน 3,482 คน พบเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจำนวน 453 คน เป็นกลุ่มสงสัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 84 คน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 13 คน (ข้อมูลจากHDC)[4] จากข้อมูลดังกล่าว ได้พบว่า มีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นจำนวนมาก จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลหนองพอก จึงมีแนวคิดที่จะค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยใช้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลหนองพอก เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้และพัฒนาในบริการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ นำความรู้ไปใช้เพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้และเป็นแนวทางในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัวและชุมชนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมตามหลัก 3อ2ส. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขนิษฐา สระทองพร้อม และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[5] ซึ่งพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$, $<.001$ และ $<.001$ ตามลำดับหลังจากการทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. พบว่าพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ในด้านอาหาร การรับประทานอาหารเค็มก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.53 (SD.=0.57) หลังการทดลองลดลง เหลือค่าเฉลี่ย 2.23 (SD.= 0.43) และการดื่มน้ำอัดลมน้ำหวานหรือชากาแฟก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.10 (SD.= 0.54) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 1.83 (SD.= 0.69) ในด้านการออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกาย เช่น เต้นแอโรบิค เล่นกีฬาก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.26 (SD.= 0.63) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.33 (SD.=0.71) ด้านอารมณ์ พบว่าการรู้สึกมีความสุขกับที่เป็นอยู่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.03 (SD.=0.55) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.56 (SD.=0.72) และงานวิจัยของอติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[6] ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. ของ อสม. ต.คลองฉนาก อ. เมือง จ.สุราษฎร์ธานี

หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อธิบายได้ว่า อสม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองเนื่องจากต้องเป็นแบบอย่างของการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ให้ประชาชนทั่วไป และประชาชนในเขตที่ตนเองรับผิดชอบยอมรับนับถือ รวมทั้ง อสม. มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ดังนั้น จึงรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ (Self-Efficacy) ที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพของตนเองได้

ดังแนวคิดการดูแลตนเองของทฤษฎีที่ทฤษฎีดูแลตัวเองของโอเร็ม[7] (Self care Theory) ซึ่งเชื่อว่า บุคคลใดเริ่มต้นและดำเนินการด้วยตนเองเพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ซึ่งครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและการจัดการอาการเรื้อรัง ไปจนถึงการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเมื่อจำเป็น และบุคคลอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่พวกเขาไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ความบกพร่องเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ หรือการขาดความรู้และทรัพยากร เมื่อผู้คนไม่สามารถจัดการความต้องการในการดูแลตนเองด้วยตนเองได้ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน และความช่วยเหลือจากผู้อื่น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ต่อความรู้พฤติกรรมและระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันไม่ให้กลายเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre – posttest design) ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม BLOOM ทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom และทฤษฎีที่ทฤษฎีดูแลตัวเองของโอเร็ม (Self care Theory)[7]

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา จำนวน 452 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งชายและหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองพอก ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตสูงสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออกแล้วเป็นจำนวน 189 คน คำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*power analysis ได้จำนวน 30 คน ได้คำนวณ Drop out เพิ่มอีก 10 คน เป็น 40 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง โดย 1) จัดทำหนังสือจากโรงพยาบาลหนองพอกไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นขออนุญาตในการศึกษาและเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวพร้อมขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ 2) อธิบายบทบาทของผู้วิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงวิธีการปฏิบัติตลอดจนเก็บข้อมูลพื้นฐาน ก่อนลงมือปฏิบัติและอธิบายวิธีการทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมความพร้อมความเข้าใจของ

ตนเองในการวิจัย

ขั้นการทดลอง ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อนการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ และเก็บข้อมูลหลังการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ เป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดื่มไม่สุรา ด้านการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน มีดังต่อไปนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง การ ประเมินพฤติกรรมในการทำแบบสอบถาม (Pre-test) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส.ของกลุ่มเสี่ยง

2. ทำสมุดบันทึกรายบุคคล ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 5 ฐาน ได้แก่ ฐานให้ความรู้โดยใช้สื่อภาพนิ่ง (PowerPoints) ในการอบรมถ่ายทอดความรู้ ฐานความรู้ด้านอาหาร และฝึกปฏิบัติด้านอาหารโดยใช้ตารางโภชนาการในการกำหนด เมนูอาหารให้เพื่อไม่ให้มากเกินความจำเป็น และเวลาในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ฐานให้ความรู้ด้านการออกกำลังกายพร้อมกับตารางออกกำลังกายที่จะบอกวิธีและเวลาที่เหมาะสมในแต่ละวัน และเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมตามตารางให้จดบันทึกลงในสมุด บันทึกปรับเปลี่ยนส่วนบุคคลแต่ถ้าเมื่อปฏิบัติไม่ได้ให้ลงข้อมูลพร้อมเหตุผลว่าเพราะเหตุใด ฐานด้านอารมณ์ ฐานการเสริมทักษะการปฏิเสธ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

3. การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องหลังเข้าโปรแกรมทุก 1 เดือน เพื่อปรับปรุงแก้ไขรายบุคคลเพื่อให้ สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นหลังสรุปการทดลอง สัปดาห์สุดท้าย เน้นการประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมการวิจัย ประเมินแบบสอบถาม (Post-test) เพื่อทราบความรู้ พฤติกรรมและระดับความดันโลหิต สรุปข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลแต่ละบุคคลในสมุดบันทึก พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยอ้างอิงตามคู่มือกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[3] ปรับปรุงตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จากข้อมูลที่สืบค้นในโปรแกรมระบบ HDC Dash board ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อค้นหาและบันทึกค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงช่วงเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566 ก่อนเก็บข้อมูล และช่วง ตุลาคม- ธันวาคม 2567 หลังเก็บข้อมูล 2) แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยอ้างอิงตามคู่มือกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[3] ปรับปรุงตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีทั้งหมด 16 ข้อ โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15 หากตอบ ใช่ ค่าคะแนนเท่ากับ 1 หากตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ค่าคะแนนเท่ากับ 0 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 6, 8, 10, 11, 16 หากตอบ ใช่ ค่าคะแนนเท่ากับ 0 หากตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบสอบถามดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[6]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองฉนาก อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะข้อคำถามชนิดปลายปิด จำนวน 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ พฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้น ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติบางวัน ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 6, 8, 10, 11, 12, 13 หากตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ค่าคะแนนเท่ากับ 4
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ค่าคะแนนเท่ากับ 3

ปฏิบัติบางวัน	ค่าคะแนนเท่ากับ 2
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ค่าคะแนนเท่ากับ 1
ไม่ปฏิบัติเลย	ค่าคะแนนเท่ากับ 0

โดยข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 7, 9, 14, 15 หากตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ค่าคะแนนเท่ากับ 0
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ค่าคะแนนเท่ากับ 1
ปฏิบัติบางวัน	ค่าคะแนนเท่ากับ 2
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ค่าคะแนนเท่ากับ 3
ไม่ปฏิบัติเลย	ค่าคะแนนเท่ากับ 4

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

แบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทำการวัดผลความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมเป็นสำคัญ จะดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2567 หมายเลขใบรับรอง COE 0442567 ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยต้องยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบ และขออนุญาตให้ ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลและแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา ผู้ร่วมวิจัยมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม และพร้อมที่จะยกเลิกทันทีเมื่อผู้ร่วมวิจัยไม่พร้อมหรือไม่ยินยอม

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลหนองพอก ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ โดยนำเสนอเป็นความเรียงประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอกจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.5%) อายุ 50 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสแล้ว (60.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (70.0%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (50.0%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000 บาทต่อเดือน (20.0%) ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนมาก (47.5%)

2. หลังเข้าเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 5.50 คะแนน (95% CI; 3.38, 7.16) ; หลังเข้าเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 37.28 คะแนน (95% CI; 34.69, 39.85) ; หลังเข้าเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ลดลง 12.05 mmHg (95% CI; 9.57, 16.32) ; หลังเข้าเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนลดลง 12.95 mmHg (95% CI; 9.57, 16.32) และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.84, SD.=0.30) ดังแสดงในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean Diff.	95%CI	p
ความรู้				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.95(3.50)	5.50	3.83, 7.16	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	13.45(2.49)			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean Diff.	95%CI	p
พฤติกรรม				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	25.12(9.95)	37.28	34.69, 39.85	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	62.40(4.16)			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean Diff.	95%CI	p
Systolic BP				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	138.55(6.89)	12.05	9.57, 16.32	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	126.50(19.08)			

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean Diff.	95%CI	p
Diastolic BP				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	89.30(7.75)	12.95	9.57, 16.32	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	76.35(8.82)			

วิจารณ์

หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตมีความรู้เฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อนการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้และเก็บข้อมูลหลังการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ เป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดื่มไม่สุรา ด้านการไม่สูบบุหรี่ พบผลเช่นเดียวกับจุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ [8] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้สุขศึกษากับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่น ๆ เช่นเดียวกับนิษฐา สระทองพร้อม และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[5] พบว่าหลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (M=3.13, SD.=0.10) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (M=2.14, SD.=0.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กที่มีภาวะอ้วนเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อสนับสนุนผลการวิจัยที่แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถระบุเหตุผลที่สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การลดลงของความดันโลหิต และความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการใช้ยา ซึ่งส่งผลดีต่อระดับความดันโลหิตโดยรวม[9] ในขณะเดียวกันการส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการรับรู้ที่สูงขึ้นในการดูแลตนเอง[10] เป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและวิธีป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนในอนาคต[11] นอกจากนั้นยังพบว่าการใช้เทคนิคการจูงใจเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำและกำลังใจแบบตัวต่อตัวหรือในกลุ่มกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมเชิงบวก มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต[12] นอกจากนั้นยังพบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เน้นการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารสุขภาพ และการออกกำลังกายช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ได้อย่างมีนัยสำคัญ[13] การดูแลตนเองที่ดีขึ้นช่วยลดภาระการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการควบคุมระดับความดันโลหิต[14] การพัฒนาแนวทางการควบคุมโรคที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย ช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีความตระหนักและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อความดันโลหิต[15] และความพึงพอใจที่สูงขึ้นแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยสร้างความผูกพันและส่งเสริมการเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน[16]

งานวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ขณะที่ความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001) และผู้เข้าร่วมแสดงความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้และการวิจัยครั้งต่อไปมีดังนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) ควรมีการติดตามผลต่อเนื่อง โดยผ่านการเยี่ยมบ้านหรือการติดตามผ่าน อสม. เพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ

2) ส่งเสริมการจัดกิจกรรมเสริมความรู้ในชุมชน โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับผู้ที่มีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน

3) ขยายโปรแกรม 3อ.2ส. ไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะเบาหวานร่วม เพื่อให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

4) ปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรม โดยเพิ่มกิจกรรมที่สามารถทำได้ง่ายในชีวิตประจำวัน เช่น กิจกรรม

การจัดการความเครียดและการออกกำลังกายเบื้องต้น

5) ประเมินความพึงพอใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้ตรงตามความต้องการของกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) เพิ่มกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาการติดตามผล เพื่อให้เห็นผลในระยะยาวและสามารถประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อการควบคุมความดันโลหิตได้มากขึ้น

2) ใช้กลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่แม่นยำและเชื่อถือได้

3) ประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เข้าร่วม เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น

4) ศึกษาผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ

5) พัฒนาเครื่องมือวัดผลเพิ่มเติม เช่น การวัดระดับความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ที่มีผลต่อความดันโลหิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนถึงผลลัพธ์จากโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการประเมินและจัดการ ความเสี่ยงทางสุขภาพแบบองค์รวม. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
4. HDC dashboard จังหวัดร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports
5. ขนิษฐา สระทองพร้อม, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(1):38-50.
6. อติญาณ์ ศรเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองด้วง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):253 - 64.
7. Orem D E, Taylor S G, Renning K M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby; 2001.
8. จุฑามาศ แก้วจันดี, พัชราภรณ์ ไกรนรา, วีระชน หวังสวัสดิ์, นิชชนันท์ บุญสุข. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2566;19(1):12-5.
9. Gibbs B B, Reis J P, Schelbert E B, et al. Lifestyle factors and risk for hypertension among nonobese middle-aged adults. Hypertension. 2020;75(2):279-86.
10. Nguyen H T, Nakamura K, Seino K, et al. Peer support program on health knowledge, attitudes, and practices among hypertensive patients in rural Vietnam. Prev Med Rep. 2021;23:101481.
11. Jiang X, Zhang Y, Feng Y, et al. Effect of an integrated education and management intervention on health behavior change and blood pressure control in hypertensive patients. Am J Hypertens. 2021;34(6):563-72.
12. Whelton P K, Carey R M, Aronow WS, et al. 2022 ACC/AHA hypertension guidelines:

A review of recommendations and strategies for blood pressure management. J Am Coll Cardiol. 2022;79(13):1296-330.

13. Fuchs F D, Whelton P K. High blood pressure and cardiovascular disease. Hypertension. 2021;77(3):760-71.
14. Hu D, Zhong J, Chu Y, et al. Economic burden of hypertension and its association with health behaviors in rural China. BMC Public Health. 2020;20:343.
15. Peterson J C, Seligman M E P. The psychology of hypertension: Positive psychology perspectives on treatment adherence. J Posit Psychol. 2021;16(5):614-22.
16. Tang T S, Nwankwo R, Whittaker R B. A community-based program for diabetes and hypertension self-management: Development, evaluation, and implications. Prev Chronic Dis. 2020;17:190-200.

การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Rational Laboratory Analysis Framework at Chaturakphakphiman Hospital, Roi Et Province

กุศลาสัย สุราอามาตย์*

Kusalasai Suraarmart

Corresponding author: E-mail; kusalasai863@gmail.com

(Received: September 22, 2024; Revised: September 29, 2024; Accepted: October 29, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มาเป็นกรอบดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน 2565 - เดือนตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลด Overutilization หรือ Underutilization ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่า รูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และบริบท 3 ด้าน 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU 4) ประกาศนโยบายเพื่อลด Overutilization หรือ Underutilization 5) พัฒนาระบบ IT Support Pop up 6) การติดตาม นิเทศงาน และประเมินกิจกรรมลงหน้างานเชิงรุก 7) ประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) ถอดบทเรียน

สรุปและข้อเสนอแนะ : หลังการพัฒนาแพทย์มีความพึงพอใจต่อระบบ IT Support Pop up ในระดับสูงเพิ่มขึ้น การส่งตรวจ HbA1C ซ้ำลดลงถึง 33.19% ในขณะที่คุณภาพการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งการดำเนินการตามแนวทางนี้จะช่วยลดการสั่งตรวจที่ไม่จำเป็นในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์ที่ตรงจุดและคุ้มค่า และลดค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ไม่จำเป็น

คำสำคัญ : การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล; Underutilization; Overutilization

* นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purpose : To develop a rational laboratory analysis framework at Chaturakphakphiman Hospital in Roi Et Province.

Study design : This study employs action research based on the concepts of Kemmis & McTaggart, consisting of four steps: Planning, Action, Observation, and Reflection.

Materials and Methods : The implementation took place from September 2022 to October 2023. The data collection tools included interview recording forms, focus group discussion notes, and a satisfaction questionnaire regarding the guidelines for reducing overutilization and underutilization. Data analysis was conducted using descriptive statistics and content analysis.

Main findings : The research findings indicate that the rational laboratory analysis framework at Chaturakphakphiman Hospital in Roi Et Province consists of nine steps: 1) Analyzing the situation and context across three dimensions; 2) Developing an action plan; 3) Establishing a Rational Laboratory Utilization (RLU) committee; 4) Announcing policies to reduce overutilization and underutilization; 5) Developing the IT Support Pop-up system; 6) Monitoring, supervising, and evaluating activities through proactive on-site assessment; 7) Assessing outcomes post-implementation; 8) Organizing knowledge exchange forums; and 9) Documenting lessons learned.

Conclusion and recommendations : After the implementation, physicians reported a significantly increased level of satisfaction with the IT Support Pop-up system. The rate of repeat HbA1C tests decreased by 33.19%, while the quality of care showed a positive trend. This approach helps reduce unnecessary laboratory orders and enhances the efficient use of medical resources. The goal is to ensure that patients receive targeted and cost-effective analyses, thereby reducing unnecessary testing costs.

Keywords : Rational Laboratory Use: RLU; Underutilization; Overutilization

* Medical Technologist Specialist, Medical Technology Division, Chaturakphakphiman Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์นับว่ามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยความผิดปกติ และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยเพื่อให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ในการตรวจเพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของประชาชน การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่มากเกินไปอาจนำไปสู่การสิ้นเปลืองที่ไม่จำเป็น ในขณะที่การตรวจที่น้อยเกินไปอาจนำไปสู่การวินิจฉัยที่ผิดพลาด หรือเกิดผลเสียหายต่อการรักษาผู้ป่วย จากการศึกษาของต่างประเทศพบว่า มีการสั่งตรวจวิเคราะห์ที่น้อยเกินไป (Underutilization) ประมาณร้อยละ 45 และมีการสั่งตรวจวิเคราะห์ที่มากเกินไป (Overutilization) ประมาณร้อยละ 20[1] ซึ่งหากมีการกำหนดแนวทางการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU) มาใช้จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ

ในส่วนของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีมูลค่าสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีมูลค่า 7,589,296,438 บาท เพิ่มเป็น 8,072,128,996 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และเพิ่มเป็น 8,136,210,250 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ตามลำดับ และในภาพรวมของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีค่าใช้จ่ายเฉพาะทางด้านห้องปฏิบัติการปีละประมาณ 15,000 ล้านบาท ซึ่งหากมีการดำเนินการใช้แลปอย่างสมเหตุผลอาจทำให้ลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงไม่น้อยกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี จากข้อมูลดังกล่าวกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายให้โรงพยาบาล ทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้มีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ และถูกต้อง โดยมีเป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ[2]

ในทำนองเดียวกับโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ F2 ขนาด 60 เตียง มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 78,777 คน เปิดให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในส่วนของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการใน 6 สาขาหลัก ได้แก่สาขาโลหิตวิทยา ภูมิคุ้มกันวิทยา เคมีคลินิก จุลทรรศนศาสตร์คลินิก ธนาคารเลือด และจุลชีววิทยา ให้บริการแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่ามีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 มีค่าใช้จ่ายจำนวน 8,344,191.15 บาท และเพิ่มขึ้นเป็น 9,295,292.65 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุดคือการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก มีค่าใช้จ่าย 5,120,504 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และเพิ่มเป็น 6,099,246.25 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ส่วนรายการที่มีการส่งตรวจวิเคราะห์มูลค่าสูงสุด 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ได้แก่การตรวจระดับ Electrolyte, Hemoglobin A1C (HbA1C), Complete blood count (CBC) และ Low-density Lipoprotein (LDL) ตามลำดับ[3] ซึ่งในส่วนของการตรวจ Low-density Lipoprotein (LDL) จากคู่มือแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติ การทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ให้คำแนะนำในการตรวจโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย Check-up โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ (โรคตับ ทางเดินอาหารและช่องท้อง) เป็นการตรวจโดยวิธีการคำนวณ (Calculated LDL-C) เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือผู้วิจัยได้ทำการวิจัยเพื่อหาสูตรในการคำนวณที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และนำมาประยุกต์ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการส่งตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม คุ้มค่า และเป็นประโยชน์สูงสุด โดยไม่สั่งตรวจที่มากเกินความจำเป็น (Over use) ทำให้เกิดความสิ้นเปลือง หรือน้อยเกินไป (Under use) จนอาจนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาโรคที่ผิดพลาด[4]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบท พัฒนารูปแบบ ศึกษาผล ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

พื้นที่วิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988)[5] มาเป็นกรอบดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน 2565 - เดือนตุลาคม 2566 รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1) การวางแผน (Planning) เป็นการศึกษาสถานการณ์ ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง คู่มือและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาบริบทของการดำเนินงานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการให้บริการ ด้านต้นทุน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการให้รับรู้สถานการณ์ปัญหาร่วมกัน และนำมาจัดทำแผนการดำเนินงานทั้งหมด 3 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วย

A1: แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

A2: กำหนดมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด Overutilization หรือ Underutilization โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลและคัดเลือกโรคหรือภาวะหรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (Overutilization หรือ Underutilization) โดยประยุกต์ใช้ RLU Guideline ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

A3: พัฒนาระบบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยระบบ IT Support Pop up แจ้งเตือนการตรวจซ้ำ หรือให้ระบุเหตุผลถ้าจะยืนยันตรวจซ้ำ ยกเลิกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นชุด

ขั้นตอนที่ 3) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation)

O1: การดำเนินงาน ติดตาม นิเทศงาน และประเมินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการลงหน้างานเชิงรุก สัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

O2: ประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา ดังนี้

1) แนวทางปฏิบัติเพื่อลด Overutilization หรือ Underutilization ตามนโยบาย RLU

2) การประเมินประสิทธิภาพ ระบบ IT Support Pop up

2.1) การเปรียบเทียบการส่งตรวจ Hemoglobin A1c (HbA1c)

2.2) การเปรียบเทียบการตรวจ F LDL กับ Direct LDL

2.3) การเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ Blood urea nitrogen (BUN) และ Creatinine (Cr)

2.4) การเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ T3 กับ Thyroid stimulating hormone (TSH)

3) การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

4) ประเมินผลลัพธ์ด้านการรักษา (ในวงรอบ

ที่ 1 เน้นการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน)

4.1) อัตราการตรวจสุขภาพประจำปี FBS BUN C r Lipid profile

4.2) อัตราผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ LDL< 100mg/dl

4.3) ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

5) ความพึงพอใจระบบ IT Support Pop up

ขั้นตอนที่ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

R1: จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

R2: ถอดบทเรียน

ขอบเขตในการศึกษา ด้านพื้นที่วิจัยมุ่งเน้นที่การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ภายในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเน้นการลดการสั่งตรวจที่เกินความจำเป็น (Overutilization) และการสั่งตรวจที่ไม่เพียงพอ (Underutilization) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในกระบวนการรักษา ขอบเขตของการวิจัยครอบคลุมถึงการพัฒนาและทดสอบระบบ IT แจ้งเตือนการตรวจซ้ำ เพื่อให้แพทย์พิจารณาอีกครั้งก่อนยืนยันการสั่งตรวจ ตัวอย่างการศึกษาครอบคลุมบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 12 คน และข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล นอกจากนี้การวิจัยยังวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ทั้งในด้านการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งได้ทั้งหมด 2 กลุ่ม ดังนี้ **กลุ่มที่ 1** ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ RLU 2) เป็นผู้รับผิดชอบการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ยินดีและความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และ **กลุ่มที่ 2** ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 4,575 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scale) และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด โดยมีข้อคำถาม 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลด Overutilization หรือ Underutilization

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ 1) การประชุมคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน เพื่อคืนข้อมูลการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการกำหนดแผนปฏิบัติการ และประกาศนโยบาย รวมถึงมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด Overutilization หรือ Underutilization 2) ทำ Focus Group กับทีม IT เพื่อร่วมออกแบบระบบ Pop up แจ้งเตือนการตรวจซ้ำหรือให้ระบุเหตุผลถ้าจะยืนยันตรวจซ้ำ ยกเลิกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นชุด 3) ลงหน้างานเชิงรุก เพื่อสัมภาษณ์แพทย์ผู้ใช้งานระบบ IT Support Pop up ว่ามีการแจ้งเตือนการตรวจซ้ำหรือให้ระบุเหตุผลถ้าจะยืนยันตรวจซ้ำหรือไม่ และประสบปัญหาหรือระบบค้างขณะใช้งานหรือไม่ แล้วนำมาร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข และ 4) การประเมินผลการพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และสรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1802564 วันที่ 22 ธันวาคม 2564 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่ได้เจตนา เช่น การรบกวนเวลา การสร้างความตึงเครียดและความกดดัน ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลรบกวนต่อจิตใจเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และบริบทของการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านการให้บริการ พบว่า การสั่งตรวจ Lab บ่อยครั้งเกินจำเป็น และสั่งตรวจ Lab ซ้ำ เพราะไม่ได้ส่งข้อมูลระหว่างกัน (ระหว่างแผนกในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาล) การสั่งตรวจ Lab เป็นชุด ทีละหลายรายการเฉพาะที่เป็นประโยชน์เท่านั้น การสั่งตรวจ Lab แล้วไม่ได้ดูผล Lab อาจเพราะผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลก่อนผล Lab ออกการสั่งตรวจ Lab โดยไม่มีจุดประสงค์ เพราะไม่ได้พิจารณาข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก่อน

ด้านต้นทุน พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ จำนวน 17,575 คน (42,339 visit) และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 22,275 คน (49,886 visit) ค่าใช้จ่ายด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 มีค่าใช้จ่ายจำนวน 8,344,191.15 บาท และเพิ่มขึ้นเป็น 9,295,292.65 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จากข้อมูลพบว่า กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการใน 6 สาขาหลัก ได้แก่ สาขาโลหิตวิทยา ภูมิคุ้มกันวิทยา เคมีคลินิก จุลทรรศนศาสตร์คลินิก ธนาคารเลือด และจุลชีววิทยา ให้บริการแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่ามีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นจึงส่งผลต่อค่าใช้จ่ายดังกล่าว

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า ก่อนการพัฒนาในวงรอบที่ 1 รพ.จตุรพักตรพิมานยังไม่มีระบบ Pop up แจ้งเตือน กรณีสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการสั่งตรวจ ทำให้มีการสั่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตามหลักวิชาการที่ไม่เหมาะสม Overutilization หรือ Underutilization เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่สูงเกินความจำเป็น

2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหมด 3 กิจกรรม ประกอบด้วย

1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน เพื่อให้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยมีการเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรองการวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ทั้งหมด 12 คน มีหน้าที่ กำหนดนโยบายและแนวทางในการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เหมาะสม อำนวยการควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามนโยบายและวัตถุประสงค์ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข หรือยกเลิกการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สมเหตุผลตามแนวทาง หรือการส่ง ตรวจที่มากหรือน้อยเกินความจำเป็น ติดตาม ประเมินผล และรายงานคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานทราบอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

2) กำหนดมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด Overutilization หรือ Underutilization โดยเริ่มจาก

การวิเคราะห์ข้อมูลและคัดเลือกโรคหรือภาวะหรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (Overutilization หรือ Underutilization) เพื่อให้การส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีความคุ้มค่าและเหมาะสม และมีกระบวนการในการหาข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

2.1 ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบค่า LDL Cholesterol โดยวิธีคำนวณและวัดโดยตรงเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์ ผลของการศึกษาพบว่า สูตรที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการตรวจวัดโดยได้แก่สูตร Martin/Hopkins LDL-C (LDL-C = TC – HDL-C – TG/*novel factor) มีค่า Correlations=0.992 แต่ไม่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เนื่องจากมี Novel factor ที่ไม่สามารถแปลงค่าได้ กรณีที่ต้องการใช้สูตรนี้จำเป็นต้องมีการป้อนข้อมูลในสูตรที่ผู้วิจัยกำหนดให้แล้วนำค่าที่ได้ไปคีย์ในระบบ Hos xp ซึ่งทำให้มีความล่าช้าในการรายงานผล จึงได้มีการใช้ Friedewald’ s formula (Correlations=0.980) ซึ่งมีความสะดวกในการใช้งานโดยการ Set สูตรที่ได้เข้าในระบบ LIS ของโรงพยาบาล ในส่วนของการใช้งานเมื่อทำการตรวจวิเคราะห์รายการอื่นที่เกี่ยวข้องเรียบร้อยแล้ว จะสามารถคำนวณค่า LDL Cholesterol และสามารถรายงานค่า LDL Cholesterol ได้เลย โดยที่ค่าที่ได้จากการคำนวณทั้งสองวิธีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ

2.2 มีการสำรวจรายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติที่ต้องการนำเข้า และยกเลิกการตรวจวิเคราะห์ปีละ 1 ครั้งก่อนที่จะมีการจัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยผ่านคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team) และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (Chief Financial Offecer: CFO) ของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 85 รายการ และมีการส่งต่อหน่วยงานภายนอกกรณีที่เกินศักยภาพ และไม่คุ้มค่าในการเปิดตรวจวิเคราะห์

จากข้อมูลดังกล่าวคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU) จึงได้กำหนดแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

(1) การส่งตรวจ HbA1C สามารถส่งตรวจได้ปีละ 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งต้องห่างกันอย่างน้อย 90 วัน

(2) การส่งตรวจ Lipid profile ส่งตรวจได้ทุก 6 เดือน โดย LDL-Chol รายงานเป็น LDL Calculator (อ้างอิงตามรายงานผลการเปรียบเทียบค่า LDL Cholesterol โดยวิธี คำนวณและวัดโดยตรง)

(3) กรณีส่งตรวจ LDL-Chol แต่มีค่า TG > 300 mg/dl ให้ส่งตรวจเป็น Direct-LDL

(4) CKD stage 3 ให้ส่งตรวจ Creatinine, K, HCO3 ทุก 6 เดือนและเพิ่มการตรวจ UA, BUN ทุก2 เดือน

(5) CKD stage 4-5 ให้ส่งตรวจ Creatinine, Electrolyte, Phosphorus ทุก 3 เดือน และเพิ่มการตรวจ BUN, Calcium ทุก 6 เดือน

(6) ในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษติดตามการรักษา ให้ส่งตรวจเฉพาะ FT4 และ TSH ส่งตรวจเฉพาะ TSH ถ้ากินยา Levothyroxine

3) พัฒนาระบบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยระบบ IT Support Pop up แจ้งเตือนการตรวจซ้ำหรือให้ระบุเหตุผลถ้าจะยืนยันตรวจซ้ำ ยกเลิกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นชุด ได้แก่ ชุดการตรวจ lipid profile, Liver Function Test และ Thyroid function test โดยเริ่มจากนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้ง 3 ด้านมาทำ Focus group ร่วมกับทีม IT และสหวิชาชีพเพื่อออกแบบระบบ IT Support Pop up โดยตั้งระบบ IT pop up ในรายการที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจซ้ำเช่น Hb typing ในผู้ใหญ่และมีการตั้ง IT pop up ในรายการที่มีการกำหนดในเกณฑ์การรักษา เช่น HbA1C ส่งตรวจ 2 ครั้ง/ปี และการตรวจ Gene expert ซึ่งกำหนดให้ส่งตรวจได้ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี แต่ยังพบปัญหาในการตั้ง IT Pop up เนื่องจากระบบ Hos xp ในโรงพยาบาลเป็น Version 3 ซึ่งยังไม่เอื้อในการตั้ง IT pop up เท่าที่ควร รายละเอียดข้อความแจ้งเตือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อความการแจ้งเตือนในระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลให้กับแพทย์ผู้สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ข้อความแจ้งเตือน
HbA1C	ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ.180....วัน
Gene expert 36018	ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ.365....วัน
Hb typing 30313	ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ.365....วัน
PCR-Thal 1	ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ.365....วัน
ABO Cell grouping 22106	ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ.365....วัน
Rh Cell grouping 22108	ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ.365.....วัน
TSH	ตรวจครั้งล่าสุดเมื่อ.180.....วัน

3.1) ผลลัพธ์การประเมินประสิทธิภาพ ระบบ IT Support Pop up

3.1.1) ความพึงพอใจระบบ IT Support Pop up จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจระบบ IT Support Pop up ของแพทย์ผู้ใช้งาน ก่อนพัฒนามีความพึงพอใจระดับสูงร้อยละ 62.5 หลังการพัฒนามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจระบบ IT Support Pop up (n=8)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับความพึงพอใจสูง	5(62.5)	7(87.5)
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	2(25.0)	1(12.5)
ระดับความพึงพอใจต่ำ	1(12.5)	0(0.0)

3.1.2) เปรียบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาทำให้จำนวนการส่งตรวจ Blood urea nitrogen (BUN) ซ้ำลดลงจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 1.2 Creatinine ลดลงจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 2.6 Direct LDL ลดลงจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 0.0 Hemoglobin A1c ลดลงจากร้อยละ 3.5 เป็นร้อยละ 1.9 TSH และ T3 ลดลงจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 0.5 และ 0.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสในระบบคอมพิวเตอร์	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
		จำนวนส่งตรวจ (ครั้ง)	จำนวนการส่งตรวจซ้ำ	ร้อยละการส่งตรวจซ้ำ	จำนวนส่งตรวจ (ครั้ง)	จำนวนการส่งตรวจซ้ำ	ร้อยละการส่งตรวจซ้ำ
Blood urea nitrogen	BUN 32201	19,377	581	3	14,325	172	1.2
Creatinine	Creatinine 32202	19,517	586	3	19,770	514	2.6
F LDL	F-LDL 32504	0	0	0.00	10,398	0	0.0
Direct LDL	Direct LDL-C 32504	10,116	182	1.8	299	0	0.0
Hemoglobin A1c	Hb A1C32401	6,504	229	3.5	7,993	153	1.9
TSH	TSH 32608	2,429	51	2.1	2,162	11	0.5
T3	T3 32611	2,422	51	2.1	1,594	11.158	0.7

3.1.3) เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์

จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์มีมูลค่าลดลง โดยค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ Blood urea nitrogen (BUN) ลดลงจากก่อนการพัฒนามูลค่า 213,147 เป็น 157,575 บาท Direct LDL ลดจาก 556,380 บาท เป็น 16,445 บาท T3 ลดจาก 278,530 เป็น 183,310 บาท และในส่วนของการตรวจ Hemoglobin A1c มีมูลค่าเพิ่มขึ้น จาก 819,504 บาท เป็น 1,007,118 บาท และเมื่อดูภาพรวมการตรวจวิเคราะห์ทั้งปีพบว่ามีจำนวนการตรวจวิเคราะห์เพิ่มขึ้นจาก 257,622 รายการเพิ่มเป็น 270,436 รายการ ส่วนค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์มีมูลค่าลดลงจาก 9,295,292.65 บาท เป็น9,112,250.4 บาท ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

ค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวนส่งตรวจ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย	จำนวนส่งตรวจ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย
Blood urea nitrogen (BUN)	19,377	213,147	14,325	157,575
Creatinine	19,517	331,789	19,770	336,090
F LDL	0	0	10,398	0
Direct LDL	10,116	556,380	299	16,445
Hemoglobin A1c	6,504	819,504	7,993	1,007,118

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวนส่งตรวจ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย	จำนวนส่งตรวจ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย
TSH	2,429	279,335	2,162	248,630
T3	2,422	278,530	1,594	183,310
รายการตรวจวิเคราะห์ทั้งปี	257,622	9,295,292.65	270,436	9,112,250.4

3.2) คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รพ.จตุรพัตรพิมาน

จากการศึกษา พบว่า ข้อมูลผลการดำเนินงานจากข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากฐานข้อมูล โปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีซึ่งมีค่าเป้าหมายที่ร้อยละ 85.00 ก่อนพัฒนา สามารถส่งตรวจได้ ร้อยละ 77.86 และหลังการพัฒนาสามารถส่งตรวจได้ ร้อยละ 83.26 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ LDL< 100mg/dl ค่าเป้าหมายที่ร้อยละ 60 ผลการดำเนินงาน ก่อนพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมีระดับ LDL< 100 ร้อยละ 41.06 และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.29 และร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ค่าเป้าหมายที่ร้อยละ 40.00 ผลการดำเนินงานก่อนพัฒนาได้ร้อยละ 19.82 และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.03 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์การประเมินผลด้านประสิทธิภาพการรักษาโดยเน้นเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าร้อยละที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีคือในส่วนของการตรวจ FBS BUN Cr Lipid profile มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.26 ซึ่งถึงแม้จะมีการใช้นโยบาย RLU แต่ก็พบว่าไม่กระทบต่อคุณภาพการให้บริการ โดยยังคงสามารถตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และเมื่อดูภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะเห็นร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เห็นว่าถึงแม้จะมีมีการลดจำนวนการตรวจวิเคราะห์ โดยเฉพาะการตรวจ HbA1C ก็จะไม่ได้มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพด้านการรักษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานรายโรค ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายที่ลดลงเมื่อดำเนินการตามแนวทาง RLU โดยในส่วนของการส่งตรวจ HbA1C ซ้ำลงถึง 34.10% ในขณะที่คุณภาพการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งการดำเนินการตามแนวทางนี้จะช่วยลดการสั่งตรวจที่ไม่จำเป็นในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์ที่ตรงจุดและคุ้มค่า และลดค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ไม่จำเป็น

ตารางที่ 5 คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รพ.จตุรพัตรพิมาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	19.82	23.03
อัตราการตรวจสุขภาพประจำปี FBS BUN Cr Lipid profile	77.86	83.26
อัตราผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ LDL< 100mg/dl	41.06	46.29

วิจารณ์

การดำเนินงานตามแนวทาง RLU ของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนถือเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ เนื่องจากเดิมไม่มีการควบคุมการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ รวมถึงไม่มีการนำระบบ IT เข้ามามีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพด้านการตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ แจ้งเตือนให้แพทย์พิจารณาอีกครั้งก่อนยืนยันการสั่งตรวจ ในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบที่คล้ายคลึงกับการศึกษาวิจัยนี้ ความสำเร็จของการดำเนินแนวทาง RLU ของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานคือ ผู้บริหารที่ให้ความสำคัญ และสหวิชาชีพช่วยกันออกแบบระบบจนเกิดแนวทางการพัฒนาและระบบ IT ที่ช่วยสนับสนุน รวมถึงแพทย์ที่เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการดำเนินงาน ตลอดจนการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติใช้แนวทาง RLU ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับผลทั้งที่สั่งตรวจมากเกินไปและน้อยเกินไปให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ทราบเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางให้แพทย์มั่นใจว่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางการสั่งตรวจเดียวกัน รวมทั้งประหยัดงบประมาณรายจ่ายที่เกินความจำเป็นของโรงพยาบาล ทำให้สามารถมีงบประมาณส่วนต่างที่เหลือไปพัฒนาองค์กรในส่วนอื่นๆ ของโรงพยาบาลต่อไป ทั้งนี้ การพัฒนาระบบแจ้งเตือนยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมรายการ LAB ทั้งหมดของโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการในวงรอบที่ 3 เพื่อให้มีการสั่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตามหลักวิชาการที่เหมาะสม (ไม่ Overutilization หรือ Underutilization) เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมภายใต้ทรัพยากรที่มีของหน่วยงาน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการโดยไม่กระทบต่อคุณภาพการให้บริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ มาทบทวนแนวทางในการดำเนินงาน ประยุกต์ใช้ RLU Guideline ของกรมวิทยาศาสตร์ และเพิ่มระบบ Pop up ในระบบ IT โดยให้ระบุเหตุผลถ้าจะยืนยันตรวจซ้ำ ทำ Pop up ในรายการที่สำคัญตามเกณฑ์ที่กำหนด ปรับเปลี่ยนวิธีการรายงานผล LDL-Chol Direct เป็น LDL Calculator ยกเลิกการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นชุด และควรมีการมีการขยายผลในการกำหนดแนวทางการส่งตรวจไปยังกลุ่มโรคที่สำคัญของหน่วยงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้านการพัฒนางานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://huthailand.com/
2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) [อินเทอร์เน็ต]. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.3.dmsc.moph.go.th/page-view/108.
3. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. รายงานการจัดซื้อ-จัดจ้างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน; 2566.
4. ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ [อินเทอเน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th /th/manual/Project/request.html.

5. Kemmis S R, Mc Taggart. The Action Research Planner. (Victoria, Ed.) (3rd ed.). Australia: Deaken University Press; 1988.

การพัฒนาระบบบริการการบำบัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประวัติใช้สารเสพติด โรงพยาบาลจังหารและเครือข่ายบริการ

The Development of Compliance Therapy Program of Schizophrenia Patients with Substance Abuse in Changhan Hospital and Service Network

สุวรรณา ขันทับ*

Suwanna Khanthab

Corresponding author: E-mail: suna.king@hotmail.com

(Received: September 22, 2024; Revised: September 29, 2024; Accepted: October 29, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบ และประเมินผลของระบบบริการการบำบัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD 10 หรือเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 5 คน การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Compliance Therapy) แบ่งเป็น 3 ระยะ 5 ขั้นตอน ทำการบำบัดสัปดาห์ 1 ครั้งๆละ 45-60 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการบำบัด หลัง 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ One-way Repeated Measures ANOVA กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : ก่อนใช้โปรแกรมบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติ ความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล และหยุดกินยาเพราะคิดว่าตนเองไม่ป่วย เบื่อหน่ายและมีผลข้างเคียงจากการกินยา ภายหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด พฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และมารับยาตามนัดในระยะติดตามผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภายหลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนดีขึ้นแตกต่างกันกับก่อนบำบัด

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจให้ความร่วมมือในบำบัด และปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท; รูปแบบของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษา; รูปแบบการปรับพฤติกรรมทางความคิด; การเสริมสร้างแรงจูงใจ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจังหาร

Abstract

Purposes : To study the develop a model and the effects of the Compliance Therapy Program of Schizophrenia Patients with Substance Abuse.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The sample group consisted of schizophrenia patients, 5 people who were diagnosed by a doctor according to ICD 10 or DSM-IV criteria. Proceeds in 3 steps/ 5 session were taken. The 5-week evaluation period between before treatments, And follow-up evaluation 1 month, and 3 months. Data was collected using a developed survey instrument and analyzed using both descriptive statistics and One-way Repeated Measures ANOVA) according to Bonferroni's method. Significance was set at the .05 level.

Main findings: 1) Regarding the treatment process, it was found that it can help patients change their thoughts and behavior to cooperate in continuous drug treatment. and come to receive medicine as scheduled during the follow-up period 2) Regarding the problems and obstacles in taking medicine before receiving treatment, it was found that patients had the attitude, Have unreasonable thoughts and beliefs Most of them thought that they were not sick. Tired of having to take medicine for a long time 3) Have cooperative behavior in treatment have knowledge about how to behave while taking medicine, After 1 month and 3 months of treatment, improvements were different from before treatment with statistical significance at the 0.05 level.

Conclusion and recommendations : Application of Compliance Therapy Program help patients trust and cooperate in therapy, and change cooperative behavior in taking medicine for the better. Therefore, nurses and related health teams can apply the Compliance Therapy Program to patients with schizophrenia to prevent the recurrence of psychotic symptoms.

Keywords : Schizophrenia; Compliance Therapy; Cognitive Behavioral Therapy: CBT); Motivational Interviewing

* Registered Nurse, Professional Level, Changhan Hospital.

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติที่เกี่ยวกับความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และความเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม ซึ่งผู้ป่วยมักประสบกับความไม่แน่ใจ ความลังเลใจ (ambivalence) การตัดสินใจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตพอๆกับเกิดความรู้สึกต่อต้าน ความขัดแย้งในใจของผู้ป่วย[1] โดยขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักปฏิเสธอาการทางจิต (Lack of insight)[2]

ปัญหาการขาดการรับรู้สภาพการเจ็บป่วย (Lack of insight) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้อาการทางจิตได้อย่างสมบูรณ์ ถือเป็นอาการสำคัญอีกประการของผู้ป่วยโรคจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท พบมากกว่าโรคจิตชนิดอื่น ซึ่งอมาเดอร์ และแอนโธนี[3] ได้อธิบายไว้ว่า การรับรู้อาการทางจิต (Insight) ของผู้ป่วยจิตเภทมีองค์ประกอบอยู่ 3 มิติ คือ การให้ความร่วมมือในการรักษา การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตใจ และความสามารถในการตีความหมายของอาการทางจิต เช่น รับรู้อาการหลงผิด และหูแว่ว ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากโรค จากการศึกษาของเคมป์ และคณะ[4] แสดงให้เห็นว่าการรับรู้อาการทางจิต (Insight) มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น กระบวนการบำบัดที่พัฒนาการรับรู้อาการทางจิต จึงนำสู่การพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

การพัฒนารูปแบบการบำบัดซึ่งใช้การเข้าถึงผู้ป่วยแบบไม่เผชิญหน้า (Non- Confrontational Approach) และเข้าถึงกระบวนการรับรู้ภายในของผู้ป่วย (Inside World) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้และเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น เน้นการให้ความสำคัญด้านทัศนคติ (Attitude) ความคิด (Cognitive) ความเชื่อ (Belief) และสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการใช้เทคนิค และกระบวนการบำบัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ภายในจิตใจ ซึ่งเกิดการพัฒนาการรับรู้อาการทางจิต นำสู่ผลลัพธ์คือความร่วมมือในการรักษารูปแบบของการบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (Compliance Therapy) ของเคมป์ และคณะ[4] จะใช้รูปแบบการปรับพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive behavior Therapy: CBT) ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) พบว่าการใช้ CBT ร่วมกับ MI ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้น มีการยอมรับการเจ็บป่วยดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น ซึ่งมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้ภายใต้ข้อจำกัดการเสื่อมด้านความคิดในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะแนวคิดหลักของกระบวนการบำบัดคือ การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยไม่ใช้การเผชิญหน้า หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง แต่ใช้เทคนิคและกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เข้าใจ และเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัวของเขาเอง ซึ่งใช้สัมพันธภาพที่ดี เป็นพื้นฐานเพื่อค้นหาและแนะแนวทางแก้ปัญหา รวมทั้งเพิ่มองค์ประกอบของการให้ความรู้ และการเข้าถึงอาการทางจิตด้วยการบำบัดทางความคิด (Cognitive approaches) โดยเฉพาะความคิด ความเชื่อ ที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

โรงพยาบาลจังหาร อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด จัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และเป็นโรงพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน มีผู้ป่วยจิตเวช ปี พ.ศ.2565 ทั้งหมดจำนวน 446 คน จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2563-2565) พบว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2563 จำนวน 290 คน ปีพ.ศ. 2564 จำนวน 390 คน ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 446 คน และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น และจากข้อมูลการปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าผู้ป่วยที่มารักษาในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลจังหาร สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยที่มารับยาและการรักษาตามนัด (Follow up) ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการกำเริบซ้ำ (Relapse) โดยพบว่าจำนวน 10 คนเป็นผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มีอาการกำเริบซ้ำ ในปี พ.ศ.2565 ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้

ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลรุนแรงทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ญาติ และสังคม[5]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้สนใจทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาระบบบริการการบำบัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติด โรงพยาบาลจังหารและเครือข่ายบริการ” ขึ้น เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบบริการการบำบัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและแนวคิดตามรูปแบบ Compliance Therapy ของเคมป์และคณะ[4] มาเป็นรูปแบบในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในพื้นที่โรงพยาบาลจังหาร เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาและมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการกำเริบซ้ำ ซึ่งอาจนำไปสู่การช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เฉพาะและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบ และประเมินผลของระบบบริการการบำบัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหาร อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหมดจำนวน 12 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth edition) ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาคือ พฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิต

เกณฑ์การคัดเข้าโดยผู้ป่วยมีการแสดงออกข้อใดข้อหนึ่งใน 7 ลักษณะ ดังนี้

1. การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง
2. หยุดใช้ยาเอง
3. ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา
4. ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา
5. ใช้ยาไม่ถูกขนาดโดยมีการเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้เป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาดเกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ รวมถึงการไม่มาตรวจรักษาตามนัด
6. ระดับเชาวน์ปัญญาอย่างน้อยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
7. ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน BPRS คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ตามรูปแบบ Compliance Therapy ของเคมป์ และคณะ[4] โดยเป็นโปรแกรมการบำบัดแบบรายบุคคล ตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive-behavior therapy: CBT) ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด 3 ระยะ จำนวน 5 ขั้นตอน โดยทำการบำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที และทำต่อเนื่องเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายบุคคล จำนวน 2 ครั้ง ระยะนี้เป็นการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และค้นหาความคิดความเชื่อ และสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย ใช้เทคนิคการแสดงความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วย (Expressing empathy)

ระยะที่ 2 การเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 1 ครั้ง เป็นการค้นหาความรู้สึกขัดแย้งเกี่ยวกับการรักษาในอนาคตของผู้ป่วย และดำเนินการจัดการให้หมดไป ใช้หลักการค้นหาความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายด้วยการพิจารณาผลดีผลเสีย

ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและให้พิจารณาทางเลือก เทคนิคสำคัญที่ใช้คือ การตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน (Exploring pros and cons) เป็นการเปิดโอกาสให้ตรวจสอบข้อดี ข้อเสีย ของการรับประทานยาและไม่รับประทานยา จนกระทั่งตัดสินใจเองได้

ระยะที่ 3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด จำนวน 2 ครั้ง ระยะนี้เป็นการจัดการความคิดหรือวิธีปฏิบัติใหม่ในเรื่องของการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการใช้ทางเลือกที่อิสระและคิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับชีวิตของตนเอง เน้นการให้ข้อมูลเชิงประจักษ์โดยการสำรวจความคิดความเชื่อที่บิดเบือน หรือความลังเลใจของผู้ป่วยในการใช้ยา จะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง

2. เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินผลการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ ญาติผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย ซึ่งผู้ศึกษาจะเป็นผู้เก็บข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรมการบำบัด

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher อ้างถึงในเพชรี คันธสายบัว[6] และสรินทร เชี่ยวโสธร[7] ได้นำมาพัฒนาใหม่ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และความสามารถในการสังเกต และจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือคำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	4	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	3	2
นานๆ ครั้ง	นานๆ ปฏิบัติครั้ง	2	3
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช และการตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การแปลผลคะแนนภาพรวม โดยคะแนนเต็มทั้งฉบับ 64 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้[8]

< 21 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องปานกลาง
> 42 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูง

2.3 แบบประเมินอาการทางจิต

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวกและอาการทางลบ) ตามหัวข้อในแบบประเมิน ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนคัดเข้าสู่การศึกษาและใช้เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการศึกษา แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดย Overall and Gorham อ้างอิงใน เสวิกุล จำสนอง[9] ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง .62 -.87 และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คะแนนรวม 126 คะแนน ให้ค่าการแปลผล

คะแนน < 18 หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนน 18-36 หมายถึง มีอาการทางจิต

คะแนน > 36 หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มเป้าหมายตามโปรแกรมบำบัด คือ ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่า 37 คะแนน

2.4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช สร้างขึ้นโดยสมพร รุ่งเรืองกิจ[2] ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ สำหรับด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของพรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ[8] และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช โดยทุกคนเห็นว่ามีความสอดคล้องและครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช แบบประเมินมีลักษณะเป็นการเลือก “ถูก” หรือ “ผิด” โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือถ้าตอบคำถามถูกได้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน กำหนดความหมายของช่วงคะแนนดังนี้

0-7 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวชต่ำ

8-15 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวชสูง

2.5 แบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination) ประเมินความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในเรื่อง ความคิด ความจำ และเชาว์ปัญญา พัฒนาโดยดรุณี ภู่ขาว[10] ประกอบด้วย 3 หมวด คือ หมวด ก) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) มี 10 ข้อคำถาม 1 คะแนน/ข้อ หมวด ข) ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล (Registration) มี 1 ข้อคำถาม 3 คะแนน และหมวด ค) ความจำเฉพาะหน้าและการคำนวณ มี 3 ข้อคำถาม 7 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน ผู้ตอบต้องได้ 18 คะแนนขึ้นไป จึงจะสามารถเข้าร่วมโครงการได้ เนื่องจากโปรแกรมการให้คำปรึกษา ใช้หลักของ CBT ซึ่งจำเป็นต้องมีการรับรู้ที่ปกติ กรณีที่คะแนนน้อยกว่า 18 การแปลผล คือผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องในการรับรู้ (Cognitive Impairment) จะแนะนำให้ญาติเข้าร่วม Psycho-education group และเน้นการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานยา ผู้ศึกษาจะประเมินผู้ป่วยซ้ำในเดือนต่อไป ซึ่งผู้ศึกษาจะเป็นผู้ประเมินก่อนเข้าโปรแกรมการบำบัด

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวมรวมข้อมูล หลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 ขั้นเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจัดทำโครงการ

2) การเตรียมตัวผู้ศึกษา โดยผ่านการอบรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ และได้ฝึกประสบการณ์การพยาบาลจิตเวชในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษากับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จนเกิดทักษะมีความมั่นใจสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้

3) เมื่อเค้าโครงการศึกษาผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษานำเสนอเค้าโครงการศึกษาต่อผู้บังคับบัญชา และทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหาร และเมื่อได้รับการอนุญาตแล้วผู้ศึกษาชี้แจงรายละเอียดการดำเนินโครงการและแผนการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหาร เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินโครงการ

4) เตรียมคู่มือสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย จัดทำขึ้นโดยผู้ศึกษา ค้นคว้าเนื้อหา ความรู้จากเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องและพัฒนา ปรับปรุงให้มีเนื้อหาที่ง่ายต่อการเรียนรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วย มีรายละเอียดประกอบด้วยลักษณะของโปรแกรมการบำบัด ระยะเวลา

ในการบำบัด ตารางนัดหมายการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง เนื้อหาความรู้ประกอบการบำบัด ได้แก่ “โรคจิตเภท คืออะไร” “ทำความเข้าใจวิธีบำบัดรักษา” และ “ดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค” แบบบันทึกการรับประทานยาประจำวัน ซึ่งมอบหมายให้ญาติและผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการรับประทานยาด้วยตนเองที่บ้าน

5) เตรียมวัสดุ อุปกรณ์อื่นๆ ได้แก่ ปากกา ดินสอ กล่องยา (Medicine box) ซองยา และสื่อแผ่นภาพประกอบการสอน

6) เตรียมชุมชนที่จะศึกษาผู้ป่วยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินโครงการและผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับจากการดำเนินโครงการ ต่อผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน และครอบครัวของกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษาทั้งหมดเพื่อขออนุญาตศึกษาและขอความร่วมมือในการดำเนินโครงการในครั้งนี้

3.2 ขั้นดำเนินการ

1) ประเมินและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมโครงการ โดยชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายและญาติเข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้กลุ่มเป้าหมายลงนามยินยอมในแบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มเป้าหมายสามารถออกจากโครงการศึกษาเมื่อไหร่ก็ได้

2) ผู้ศึกษาชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการทำแบบประเมินข้อมูลทั้ง 5 ส่วนรวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินผลหลังการบำบัด การนัดเข้าโปรแกรม

3) โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นโปรแกรมการบำบัดแบบรายบุคคลตามแนวคิดการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาของเคมป์ และคณะ[4] มุ่งเน้นการเห็นด้วยและสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นภายใต้ บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย

4) การบำบัด แบ่งเป็น 3 ระยะ จำนวน 5 ครั้งๆละ 45 – 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และประเมินผลก่อนการบำบัด หลังบำบัดระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน และ 3 เดือน มีรายละเอียดของการดำเนินการตามโปรแกรมดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการสืบค้นความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

- ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใช้เวลา 45 – 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความไว้วางใจและพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจหลักการ วัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

- ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดความเชื่อและสิ่งที่ลังเลใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยใช้เวลา 45 – 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลหรือลังเลใจเกี่ยวกับการใช้ยา สำรวจความคิดความเชื่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทการรักษาโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยซ้ำ และสำรวจปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา และประโยชน์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน คือ

- ครั้งที่ 3 การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 45 – 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การปรับโครงสร้างทางความคิดความเชื่อ และการฝึกทักษะการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ

- ครั้งที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิต ใช้ระยะเวลา 45 – 60 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางความคิดความเชื่อในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

- ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยตนเองใช้ระยะเวลา 45 – 60 นาที

มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยการจัดการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยขั้นตอนการฝึกรับประทานยา มีดังนี้

(1) ประเมินความรู้ผู้ป่วยว่า ยาที่ได้รับมีกี่ชนิด อะไรบ้าง รับประทานเวลาใด การอ่านและการทำความเข้าใจในฉลากยา วิธีการสังเกตอาการข้างเคียงและการแก้ไขเบื้องต้น

(2) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ครอบคลุม ได้แก่ยารักษาโรคจิต การสังเกตอาการข้างเคียง และการแก้ไขเบื้องต้น

(3) สอนการจัดยารับประทานเองตามที่ระบุในฉลากยา

(4) อธิบายขั้นตอนของวิธีการปฏิบัติตัวในการฝึกรับประทานยาด้วยตนเอง โดยผู้บำบัดประสานกับฝ่ายเภสัชกรรมในการจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พยาบาลผู้ดูแลจัดยาใส่ซองยาที่ระบุชื่อผู้ป่วย หลังจากนั้นในแต่ละวันผู้ป่วยจะเป็นคนรับผิดชอบการรับประทานยาด้วยตนเอง แล้วจัดยาด้วยตนเอง พยาบาลผู้ดูแลตรวจสอบว่าผู้ป่วยจัดยาได้ถูกต้องหรือไม่ หากพบว่ายังไม่ถูกต้องให้คำแนะนำใหม่พร้อมให้การเสริมแรงด้วยการยกย่องชมเชยทุกครั้งและบันทึกความสามารถในการฝึก โดยผู้ป่วยจะได้รับการฝึกจัดยาจนกระทั่งสิ้นสุดการบำบัด

(5) อุปกรณ์อื่นๆ ได้แก่ แผ่นภาพประกอบการสอน ปากกา กระดาษ A4

5) เมื่อสิ้นสุดการบำบัดในแต่ละครั้ง ผู้ศึกษาทำการประเมินผลการบำบัด โดยประเมินเนื้อหาแบบแผนความคิดจากเทปบันทึกการให้คำปรึกษา สังเกตสีหน้า พฤติกรรมการแสดงออก และซักถามความรู้ความเข้าใจ เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจในการเรียนรู้ ความสามารถในการนำไปใช้ และเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาผ่านการบำบัดในแต่ละครั้ง และเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

3.3 ขั้นติดตามประเมินผล

1) ประเมินระหว่างการบำบัดในแต่ละครั้งตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้ง และจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การซักถามของผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม

2) ประเมินผลการบำบัดเป็นรายบุคคลหลังสิ้นสุดการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง และ ติดตามประเมินหลังการบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือน โดยใช้แบบประเมินตามที่กำหนดไว้ ประเมินผลซ้ำในแบบประเมินชุดเดิม โดยผู้ศึกษานัดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ญาติและเครือข่ายบริการในการประเมินผลหลังการบำบัดที่บ้านของกลุ่มเป้าหมาย

3) สรุปผลการดำเนินโครงการและนำเสนอรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางจิต และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) ตามวิธีของ Bonferroni กำหนดการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังงหวัดร้อยเอ็ด ได้หนังสือการรับรองเลขที่ COE 0702565 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2565 เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการจัดโปรแกรม การเข้าร่วมวิจัย

ครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะให้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นต์ใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว

ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า เป็นเพศชาย 3 คน และหญิง 2 คน โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 28 ปี และอายุมากที่สุดคือ 58 ปี ด้านการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกรรม ด้านสถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ด้านรายได้พบว่า มีรายได้ครอบครัวต่ำสุด 500 บาทต่อเดือน และสูงสุด 6,000 บาทต่อเดือน พิจารณาด้านการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 ถึง 12 ครั้ง โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยที่สุดคือ 1 ปี และเข้ารับการรักษานานที่สุดคือ 15 ปี และการวินิจฉัยโรคที่พบมากสุดคือ Schizophrenia paranoid ส่วนปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาที่พบมากที่สุด พบว่า ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ป่วย จำนวน 3 คน รองลงมาคือรับประทานยาแล้วเกิดผลข้างเคียง 2 คน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 5 คน โดยอายุน้อยที่สุด 53 ปี และอายุมากที่สุด 65 ปี และทั้งหมดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคู่ เมื่อพิจารณาด้านการดูแลด้านยา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่คอยเตือน รองลงมาคือผู้ป่วยกินยาเองและญาติจัดให้บางครั้ง

1.3 ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ป่วย พบว่า ก่อนการศึกษาแยกกลุ่มตามสภาพปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา พบว่า ด้านทัศนคติ (เบื่อหน่าย) คิดว่าตนเองไม่ป่วยจำนวน 1 คน ด้านเกิดผลข้างเคียง จากการรับประทานยา 2 คน ด้านทัศนคติร่วมกับเกิดผลข้างเคียง 1 คน ด้านทัศนคติร่วมกับสังคม 1 คน และการวินิจฉัยโรคทั้งหมดคือ Schizophrenia

1.4 ผลศึกษาด้านระยะเวลาในการขาดยาของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ก่อนการบำบัดจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา แยกตามช่วงระยะเวลาที่หยุดกินยาตามแผนการรักษาหลังจากแพทย์สั่งยาครั้งสุดท้าย ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 5 คน พบว่า ส่วนใหญ่จะหยุดกินยาใน 1 เดือนแรกคือมีจำนวนมากที่สุด 2 คน นอกจากนี้ยังภายหลังการศึกษา ในระยะติดตามผล หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแยกเป็นรายบุคคลสูงขึ้นทั้ง 5 คน และยังคงรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

1.5 ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบด้านความรู้เรื่องโรคและการรักษาความรู้ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และอาการทางจิตของผู้ป่วย จำแนกตามก่อนบำบัด ติดตามหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า

1) ด้านความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา พบว่า ก่อนบำบัดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คือ มีค่าเฉลี่ย 6.20 ในระยะติดตามผลหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง คือมีค่าเฉลี่ย 9.80, 9.60 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความความรู้เรื่องโรค และการรักษาด้วยยา พบว่าภายหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน ตามโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นแตกต่างกับก่อนบัดบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ด้านพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่า ก่อนบำบัด ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คือ มีค่าเฉลี่ย 18.00 ในระยะติดตามผลหลังบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 49.00, 50.20 คะแนน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่า ภายหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน ตามโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นแตกต่างกับก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ด้านระดับอาการทางจิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในเกณฑ์มีอาการทางจิต โดยก่อนบำบัด มีคะแนนเฉลี่ย 35.60 และในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มีอาการทางจิตเฉลี่ยลดลง คือมีค่าเฉลี่ย 27.60, 26.20 ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อผลการเปรียบเทียบ

ระดับอาการทางจิต พบว่า ภายหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน ตามโปรแกรมฯมีอาการทุเลาลงแตกต่างกับก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนทั้ง 3 ด้าน พบว่า ภายหลังการเข้ารับการรักษาตามโปรแกรมฯ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และระดับอาการทางจิต มีคะแนนหลังการบำบัด 1 เดือนกับภายหลัง 3 เดือนไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1 - 2

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและ อาการทางจิต

ตัวแปร	ก่อนบำบัด	หลัง 1 เดือน	หลัง3 เดือน	SS	df	MS	F	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	Mean(SD.)					
ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา	6.20(0.83)	9.80(1.48)	9.60(1.51)	40.93	2	20.46	43.85	<.001
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	18.00(1.87)	49.00(4.00)	50.20(4.26)	3332.13	2	1666.06	591.50	<.001
อาการทางจิต	35.60(0.54)	27.60(2.30)	26.20(3.89)	257.200	2	128.600	33.403	<.001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบรายคู่ เพื่อทดสอบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และอาการทางจิต

ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา	Mean	ก่อนบำบัด	หลัง 1 เดือน	หลัง 3 เดือน
		6.20	9.80	9.60
ก่อนบำบัด	6.20	-	-3.60*	3.40*
หลัง 1 เดือน	9.80		-	- 0.80
หลัง 3 เดือน	9.60			-
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Mean	18.00	49.00	50.20
ก่อนบำบัด	18.00	-	-31.000*	-32.200*
หลัง 1 เดือน	49.00		-	1.200
หลัง 3 เดือน	50.20			-
อาการทางจิต	Mean	35.60	27.60	26.20
ก่อนบำบัด	35.60	-	8.00*	9.40*
หลัง 1 เดือน	27.60		-	1.40
หลัง 3 เดือน	26.20			-

วิจารณ์

1) จากผลการศึกษา พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาคือ ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยาทางจิตเวช มีความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล คิดว่าตนเองไม่ป่วย เบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานๆ และจากผลข้างเคียงของยา ทำให้มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับอมาวสี กลั่นสุวรรณ[11] พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและหยุดใช้ยาในที่สุด ส่วนด้านปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาเป็นรายบุคคล พบว่ามีปัญหาที่แตกต่างกันในการบำบัดจึงใช้จุดเน้นเฉพาะปัญหาที่ต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้ ทำความเข้าใจสภาพปัญหาตนเองส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางความคิดและพฤติกรรมได้เร็วขึ้น และจากผลของพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในครั้งนี้ พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและมารับยาตามนัดในระยะติดตามผล ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมการบำบัด 3 ระยะ 5 ขั้นตอน ทำสัปดาห์ 1 ครั้งๆละ 45-60 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดี เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย เข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ทำให้เกิดความร่วมมือความราบรื่นในการบำบัด สอดคล้องกับอุมาพร กาญจนรักษ์[12] พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ และเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจากการมีสัมพันธภาพที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยไว้วางใจเปิดเผยตนเองมากขึ้น สามารถให้ข้อมูลด้านความเชื่อ ความคิดและสิ่งที่กังวลใจเกี่ยวกับการใช้ยาตามการรักษาตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน และปรับเปลี่ยนความคิด โดยการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และภาวะคุกคาม รวมถึงผลกระทบจากการกลับป่วยซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความเชื่อที่เหมาะสมได้

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 5 คน เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในด้านกระบวนการคิด การรับรู้ และความเชื่อ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ลด เพิ่มหรือหยุดยาเองและมารับยาตามนัด หลังสิ้นสุดการบำบัดในระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของเคมป์ และคณะ[4] พบว่าการบำบัด โดยใช้การสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนแนวคิดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติป่วยซ้ำ และรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล Maudsley ประเทศอังกฤษ จำนวน 74 คน สามารถส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น คือเพิ่มการรับรู้ตนเองมากขึ้น ทัศนคติต่อรักษาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา สอดคล้องกับ พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ[8] ได้ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าสามารถสร้างความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเสริมสร้างให้เกิดความตระหนัก ยอมรับความเจ็บป่วย เห็นด้วยกับการรักษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำ นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูงในระยะหลังการศึกษา และระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน

จากผลการศึกษาเป็นรายข้อ พบว่า บางข้อมีคะแนนลดลงหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ข้อ 11 ที่ระบุว่าท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา เมื่อมีอาการทางจิตไม่ดีขึ้น พบว่าในช่วงศึกษาผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมาก บางคนไว้วางใจแพทย์หรือเกรงใจจึงไม่ได้ขอให้แพทย์ปรับยาให้ และข้อ 9 ที่ระบุว่าเมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากอาการข้างเคียงจากยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที สาเหตุที่ไม่ได้ไปพบแพทย์ทันทีเนื่องจากผู้ป่วยบางคนมีอาการข้างเคียงจากยาเพียงเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันที ทั้งนี้มีผู้ป่วย

1 คนไม่มารับยาตามนัด ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาล ปัญหาไม่มีผู้ดูแลหลัก และปัญหาทางเศรษฐกิจครอบครัวยากจนรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย สอดคล้องกับดำรงพล จันทร์สด[13] พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล กลุ่มใหม่ที่มีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ โดยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบบริการตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช (Compliance Therapy) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านแรงจูงใจ กระบวนการคิด การรับรู้และความเชื่อ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภายหลังการบำบัดจากการติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการศึกษาไปใช้

1) ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจ ยอมรับไม่ตัดสิน หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยเป็นผู้ฟังที่ดีและพยายามสืบค้นสาเหตุ จับประเด็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา รู้จักสังเกต ไม่เพิกเฉยต่อปฏิกิริยาเพียงเล็กน้อยของผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับโรคจิตเวช แนวคิดการสร้างแรงจูงใจและการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญ จึงจะสามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2) การคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสมกับรูปแบบการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากโปรแกรมนี้ต้องอาศัยสัมพันธภาพ ความไว้วางใจในการบำบัด เช่น ใช้วิธีการบำบัดรายบุคคลในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในลักษณะหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น ใช้วิธีบำบัดแบบกลุ่มกรณีผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีความไว้วางใจผู้อื่น ต้องการแลกเปลี่ยน ความคิด ประสบการณ์และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนอื่นเป็นต้น

3) การลำดับเนื้อหา การดำเนินโปรแกรม และระยะเวลาการบำบัดต้องมีความยืดหยุ่น โดยคำนึงถึงความพร้อม แรงจูงใจ และความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยดำเนินโปรแกรมไปตามลำดับของแต่ละขั้นตอน และบำบัดซ้ำได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจหรือยังมีความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

4) การอธิบายสาเหตุของโรคจิตเภท ที่เกิดเนื่องจากความแปรปรวนของชีวเคมีในสมอง และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการดูภาพประกอบสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ยอมรับการเจ็บป่วยได้ และยอมรับเป็นโรคทางสมองโดยผู้ป่วยไม่รู้สึกเป็นตราบาป

5) ควรมีการติดตามประเมินผลกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 คนในระยะยาวมากขึ้น เช่น หลังการศึกษา 6 เดือน 12 เดือน และ 18 เดือนเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัด

6) ช่วงเวลาในการบำบัดที่เหมาะสม ควรจะเป็นช่วงเช้า 09.00-10.00 นาฬิกา เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความกระตือรือร้น มีสมาธิ การรับรู้ ความสนใจ ใส่ใจมากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ

2. ด้านการศึกษาวิจัย

1) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบผู้ป่วยนอก โดยพัฒนาเนื้อหา วิธีการให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายและระดับผู้บำบัดเพื่อตอบสนองปัญหาและข้อจำกัดด้านปริมาณของบุคลากรทีมสุขภาพจิตต่อผู้รับบริการ

2) ควรมีการศึกษาประสิทธิผลเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัดที่ได้ผลดีระหว่างการบำบัดแบบรายกลุ่มกับรายบุคคล เพื่อหารูปแบบในการบำบัดที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมหรือความคุ้มค่าในด้านการบริหารต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา และดร.อรัทยา ถนอมเมฆ ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการทำวิจัยจนสำเร็จ ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชนากร ศีรษะภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหาร และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนและอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา ตลอดจนทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติดโรงพยาบาลจังหาร ที่ได้ร่วมดำเนินการวิจัยแลกเปลี่ยนแนวคิด และข้อเสนอแนะความคิดเห็น เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มเป้าหมาย ญาติ และผู้นำชุมชนเครือข่ายบริการในการร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Boyd M A. Psychiatric nursing: contemporary practice. Philadelphia: Wolters Kluwer /Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานา วิทยา; 2549.
3. Amador X F, Anthony D S. Insight and Psychosis. Oxford: University Press; 1998.
4. Kemp, R., et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. British Journal Psychiatry 1998;172(12):413-19.
5. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. สถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2563-2565). ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจังหาร; 2565.
6. เพชรี คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
7. สรินทร เชี่ยวโสธร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
8. พรทิพย์ วชิรดิลก, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช, บุญช่วย เทพยศ. ผลการการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
9. เสวิกุล จำสนอง. พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
10. ดรุณี ภู่ขาว. การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยที่ใช้ในการบำบัดผู้ที่ประสบปัญหาที่เกี่ยวเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ [วิทยานิพนธ์]. บูมิซีบีที ควีนส์แลนด์: มหาวิทยาลัยควีนส์แลนด์; 2545.
11. อมาวสี กลั่นสุวรรณ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่งจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
12. อุมาพร กาญจนรักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
13. ดำรงพล จันทร์สด. การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

The development of participatory health network on first aid and basic life support in Nikomsangton-Aeng 3 School, Ban Kruat District, Buriram Province

จีระพันธ์ คิดได้*

Cheerapan Khitdai

Corresponding author: E-mail: cheerapan.buri@gmail.com

(Received: September 23, 2024; Revised: September 30, 2024; Accepted: October 31, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวางแผนพัฒนา ได้แก่ คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้อำนวยการโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 ผู้นำชุมชน ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน มูลนิธิกู้ภัย จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ใช้แผน คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 ของโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 จำนวน 83 คน สุ่มเลือกอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่มีค่าอำนาจจำแนก 0.44 - 0.79 ค่าความยากง่าย 0.52 - 0.73 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ 0.73 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach’s alpha) เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired Simple t-test

ผลการวิจัย : พบว่า กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการวิจัยจากการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3) ระยะสรุปผล ซึ่งทำให้เกิดแผนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน การปฐมพยาบาลภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้น การปฐมพยาบาลฉุกเฉินกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการปฐมพยาบาลฉุกเฉินภาวะชัก จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แผน มีระดับความรู้ ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ส่วนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างวางแผนพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดการพัฒนาอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อวัดประสิทธิภาพของแผนพัฒนาเพื่อจะได้แนวทาง เทคนิค วิธีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม; การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ; โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตรี 4 ใต้

Abstract

Purposes : To study the participatory network model on first aid and resuscitation (Basic Life Support) in Nikomsangton-Aeng 3 School, Ban Kruat District, Buriram Province.

Study design : This research was a participatory action research (PAR).

Materials and Methods : The study subjects were divided into 2 groups: the development planner group which included the school board, the director of Nikomsangton-Aeng 3 School, community leaders, teachers responsible for school health, public health officials, representatives from local administrative organizations, the private sector, and a rescue foundation, totaling 30 people. The second group is the curriculum users, which are 83 students from junior High School of Nikomsangton-Aeng 3 School. The subjects were randomly selected. Data were collected using first aid and resuscitation knowledge questionnaire having power of discrimination 0.44 - 0.79, level of difficulty 0.52 - 0.73, reliability (KR-20) 0.73, and Cronbach's Alpha 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired Simple t-test.

Main findings : The development process consisted of 3 phases: 1) preparation phase, 2) implementation phase using action research methodology, and 3) conclusion phase. This resulted in the establishment of first aid and resuscitation protocols, including basic life support, emergency first aid for Choking, emergency first aid for Heart attack, and emergency first aid for Convulsion. The study found that the sample group who implemented these protocols demonstrated significantly higher levels of knowledge and skills in first aid and resuscitation compared to pre-implementation ($p < .05$), with high levels of satisfaction reported. The sample group's participation throughout the development process, from initiation to completion, was also rated as high.

Conclusion and recommendations : Conducting periodic monitoring and evaluation, as well as implementing action research to measure the effectiveness of the development plan. This will help establish sustainable guidelines, techniques, and operational methods to address first aid and resuscitation challenges in a continuous and sustainable manner.

Keyword: Participation; Basic life support; Nikomsangton-Aeng 3 School

*Public Health Technical Officer Ban Sai Tri 4 Subdistrict Health Promotion Hospital.

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นภัยเงียบที่คร่าชีวิตคนไทยทุกเพศทุกวัย โดยข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า ในแต่ละปีมีประชาชนไทยเสียชีวิตจากภาวะนี้กว่า 54,000 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน สถิติสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยในปี พ.ศ.2562 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ด้วยอัตรา 43.7 ต่อประชากรแสนคน การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นในระยะแรกมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากหากสมองขาดออกซิเจนเกิน 4 นาที จะเกิดความเสียหายอย่างถาวร แม้จะช่วยให้หัวใจกลับมาเต้นได้ในภายหลัง[1]

สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกาได้กำหนดแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีคุณภาพสูง (High Quality CPR) โดยเน้นการกดหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพ และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) โดยเร็วที่สุด การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยการกดหน้าอกจากผู้พบเหตุคนแรกมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการช่วยเหลือโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ถึงร้อยละ 25[2]

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญคือการขาดความรู้ และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกำลังสำคัญของสังคม สถิติการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากจำนวน 1,562,533 ราย ในปี พ.ศ.2560 เพิ่มเป็นจำนวน 1,775,753 ราย ในปี พ.ศ.2564[1] แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการช่วยเหลือเบื้องต้น และจากการศึกษาการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 80.0 บาดเจ็บชนิดที่ไม่มีบาดแผลฉีกขาด ร้อยละ 4.4 มีชีพจรกลับมา ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 55.0 ชีพจรกลับมาที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 22.2 รอดชีวิตที่ 24 ชั่วโมงร้อยละ 15.5 รอดชีวิตจนสามารถกลับบ้านได้ ร้อยละ 11.1 รอดชีวิต และมีการทำงานของระบบประสาทสมองอยู่ในระดับดี การบาดเจ็บที่พบมากที่สุดคือการบาดเจ็บหลายระบบ ร้อยละ 51.10 ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรอดชีวิตที่ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 21.7 การบาดเจ็บอวัยวะเดียวที่พบมากที่สุดคือการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 35.6 มีการรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 18.8 และมีผู้บาดเจ็บรอดชีวิตจนกลับบ้าน ร้อยละ 18.8 การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นกลุ่มที่มีการรอดชีวิตสูงสุด มีผู้บาดเจ็บที่ได้รับการกดหน้าอกโดยผู้พบเหตุ 8 ราย ซึ่งมีชีพจรกลับมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการกดหน้าอกอย่างมีนัยสำคัญ[3]

โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพให้แก่นักเรียน จึงได้ดำเนินการวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการสอนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยมุ่งหวังให้นักเรียนสามารถเป็นผู้ช่วยเหลือเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้สู่ครอบครัวและชุมชนได้ การวิจัยนี้จะช่วยพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับนักเรียน สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ และเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 กลุ่มวางแผนพัฒนา เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบ

คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้อำนวยการโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 ผู้นำชุมชน ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน มูลนิธิกู้ภัย จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้กลุ่มผู้ใช้แผน คือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 ของโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 จำนวน 83 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์โร่ ยามาเน่ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน คาความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

เมื่อ N = 104

e = 0.05

เมื่อแทนค่า จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{104}{1 + 104(0.05)^2}$$

= 83 คน

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 จำนวน 83 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- นักเรียนกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3
- สามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- เจ็บป่วยรุนแรง หรือทุพพลภาพระหว่างวิจัย
- ลาออกจากโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3
- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการ โดยการทำหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตรี 4 และและเทศบาลตำบลบึงเจริญ เพื่อขออนุญาตผู้บริหารหน่วยงานในการศึกษาวิจัย ทำการประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และเตรียม ผู้ช่วยเหลือวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย ดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน[4] ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์บริบท ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการ เกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงานการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

ระดมความคิด เพื่อกำหนดแผนงาน/หลักสูตร กิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจ นำความคิดที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนกัน ขั้นตอนนี้อาจจะมีการระดมความคิดถึงปัจจัยสาเหตุว่า มีสาเหตุใดบ้างที่มีอิทธิพลขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถบรรลุสู่ความฝันได้ และหากแก้ไขปัญหาอุปสรรคและปัจจัยเหล่านั้น จะต้องใช้วิธีการกิจกรรมหรือมาตรการใด ๆ

นำกิจกรรม มาตรการหรือวิธีควบคุมปัจจัยที่ระดมความคิดมาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่างๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญว่าควรจะคัดเลือกกิจกรรมหรือมาตรการวิธีการใดมาทำก่อนหลังอย่างไร อะไรเร่งด่วน ทำได้ง่าย อะไรสำคัญ เป็นต้น จากการคิดร่วมกันวิพากษ์วิจารณ์ถึงเหตุผลร่วมกันก็จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่กลุ่มคัดเลือกไว้เป็นประเภทๆตามลำดับความสำคัญหรือเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของกลุ่ม

จัดทำแผนและวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่และกลุ่มคน เป้าหมายวันเวลาที่จะดำเนินการ ทรัพยากรที่จะต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงาน องค์กรที่รับผิดชอบประเมินความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมก่อนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) การดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing) ดำเนินการ

สังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตร่วมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยทำการสังเกตพฤติกรรม กิจกรรมของบุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลในเหตุการณ์ที่เลือกสังเกต ร่วมกับวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการจดบันทึกของกลุ่มเป้าหมาย ประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกลุ่มวางแผนพัฒนาตั้งแต่แรกเริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflecting) ร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การสังเกตการดำเนินงานรวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ

3. ระยะสรุปผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน โดยประยุกต์และพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[5] ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพผู้ปกครอง รายได้ครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ (Basic Life Support) โดยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกแบ่งการวัดออกเป็น 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน แปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for mastery คำนวณเป็นร้อยละโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือมีความรู้ระดับสูงมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 และระดับต่ำมีคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 18 ข้อ ให้เลือกตอบในลักษณะความถี่ของการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับทักษะระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 ทักษะระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 และทักษะระดับต่ำมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือความพึงพอใจระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ ความพึงพอใจระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 ความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 และความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มขบวนการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ จำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับคือการมีส่วนร่วมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ การมีส่วนร่วมระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 และการมีส่วนร่วมระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบส่วนที่เป็นความรู้ ด้วยวิธีการหาค่า KR-20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.73 ส่วนด้านแบบสอบถามทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ด้านการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และด้านความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม หาความเที่ยง (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันและช่วงเวลาที่ระบุไว้ในแผนอย่างชัดเจน โดยสร้างความเข้าใจแก่ผู้ให้ข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการใช้ข้อมูล รวมถึงการขอความยินยอม (Consent) หลังจากนั้น

ก็ดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมประเมินความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของรูปแบบและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาแล้วผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของทุกข้อคำถามคำตอบในแบบสอบถามทุกชุด เมื่อได้แบบสอบถามที่ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ครบตามจำนวนที่ต้องการ นำไปวิเคราะห์ดังนี้

1. ทำคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูลตามคู่มือลงรหัสที่จัดทำไว้แล้วในแบบสอบถามพิมพ์ข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมข้อมูลใช้ประมวลผล

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อาชีพ ผู้ปกครอง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาจำนวน และค่าร้อยละ สำหรับอายุ รายได้ครอบครัว วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Pair t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-053

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนและพัฒนา จำนวน 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 มีอายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 มีอาชีพคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ ร้อยละ 56.67 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนมากอยู่ในช่วง 50,001- 100,000 บาท/ปี ร้อยละ 23.33 และมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.33 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใช้แผน คือนักเรียนระดับชั้นมัธยมปีที่ 1-3 โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 จำนวน 83 คน พบว่าส่วนมาก เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.81 มีอายุ 13 ปี ร้อยละ 36.14 มีอาชีพหลักของผู้ปกครอง คือเกษตรกรรม ร้อยละ 31.33 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 50,001- 100,000 บาท/ปี ร้อยละ 38.55

2. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ กระบวนการพัฒนารูปแบบใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และสะท้อนผล (Reflecting)

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ซึ่งเป็นขั้นตอนการวางแผน มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมแบบเปิดกว้าง โดยเปิดเวทีให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวบรวมข้อมูล และร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่มของภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินงานที่สำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการปฐมพยาบาลผู้ป่วยชัก ผลการประเมินพบว่า ตลอดกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.34) มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (n=30)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	28(93.34)
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	1(3.33)
ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	1(3.33)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Acting) ได้ดำเนินกิจกรรม ตามแผนที่ได้จากระยะที่ 1 เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) ติดตามสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผน จากการสังเกต และวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

1) การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.90 รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 19.28 และ 4.82 ตามลำดับ หลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.08 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.92 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 4.63 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 8.11 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ

ระดับความรู้ฯ	ก่อนพัฒนา (n = 83)	หลังพัฒนา (n = 83)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	4(4.82)	59(71.08)
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	16(19.28)	24(28.92)
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59)	63(75.90)	0(0.00)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=77)

คะแนนความรู้	Mean(SD.)	Mean diff.	p	95%CI	
ก่อน	4.63(1.63)	3.48	<.001	3.03	3.93
หลัง	8.11(1.27)				

2) การเปรียบเทียบระดับทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 55.42 รองลงมาคืออยู่ในระดับต่ำและระดับสูง ร้อยละ 41.17 และ 2.41 ตามลำดับ หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 96.39 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.61 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 1.64 และหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	ก่อนพัฒนา (n = 83)	หลังพัฒนา (n = 83)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	2(2.41)	80(96.39)
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	46(55.42)	3(3.61)
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	35(41.17)	0(0.00)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	Mean(SD.)	Mean diff.	p	95%CI	
				lower	upper
ก่อนการดำเนินการ	1.64(0.16)	1.21	<.001	1.14	1.27
หลังการดำเนินการ	2.87(0.20)				

3) ระดับความพึงพอใจในการเข้าฝึกอบรมตามแผนการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

พบว่า ระดับความพึงพอใจในการเข้าฝึกอบรมตามแผนการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 74 คน (ร้อยละ 89.16) รองลงมาคือ มีระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 10.84) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการเข้าฝึกอบรมตามแผนการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (n=83)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	74(89.16)
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	9(10.84)
ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0(0.00)

ระยะที่ 4 สะท้อนผล (Reflecting)

ได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คืนข้อมูล และมอบเกียรติบัตร ที่ห้องประชุมกลาง โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ 9 กันยายน 2567 ได้สรุปผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการเพิ่มพูนความรู้ของแกนนำนักเรียน โดยความรู้ด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากระดับต่ำเป็นระดับสูงถึงร้อยละ 71.08 ส่วนทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงถึงร้อยละ 96.39 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา นอกจากนี้ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานก็อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 89.16 และร้อยละ 93.34 ตามลำดับ เพื่อสร้างขวัญ และกำลังใจ รวมถึงสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน ทางโรงเรียนได้มอบเกียรติบัตรแก่แกนนำนักเรียน และร่วมกันวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน รวมถึงแนวทางแก้ไข และสิ่งที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้การดำเนินงานนี้เกิดความยั่งยืนและมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในอนาคต

วิจารณ์

การศึกษาระดับความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดก่อนพัฒนา คือผู้ป่วยรายใดต่อไปนี้ต้องได้รับการปั๊มหัวใจ ร้อยละ 90.91 รองลงมาคือข้อเหตุผลใดที่ท่านต้องโทร 1669 เมื่อพบผู้ไม่รู้สึกตัว ร้อยละ 70.13 อธิบายได้ว่าก่อนการอบรมผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมินอาการคนไข้ในภาวะฉุกเฉิน เพราะสามารถอธิบายการเหตุการณ์ได้บ้างเล็กน้อย รวมถึงการสื่อสารในการขอความช่วยเหลือจาการโทร 1669 และหลังดำเนินการพัฒนากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เพิ่มมากขึ้นทุกหัวข้อ โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คืออัตราส่วนในการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจ ในการทำปั๊มหัวใจ โดยความรู้ที่เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้ทัศนคติ และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของประชากรวัยแรงงาน[6] โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัยในประชากรวัยแรงงาน จำนวน 72 ราย จากชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่าความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นคืนชีพ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่าหลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้รายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 16.06 (SD.=3.34) ระดับปานกลาง เป็น 19.40 (SD.=1.66) ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[7] ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังผ่านการอบรมตามโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของ

กลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ ทักษะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการใช้เครื่อง AED และการจัดท่าผู้ป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากเครื่อง AED เป็นอุปกรณ์ใหม่สำหรับบุคลากรในสถานศึกษา อีกทั้งมีราคาสูงทำให้ยากต่อการจัดหามาฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ในสถานการณ์ฉุกเฉินจริง ความตื่นตระหนกอาจส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือสับสนในขั้นตอนการช่วยชีวิต โดยเฉพาะการจัดท่าผู้ป่วยที่เหมาะสม จึงทำให้คะแนนในส่วนนี้ต่ำไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้สื่อการเรียนรู้แอพพลิเคชั่นเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย[8] เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ADDIE Model ในการสร้างรูปแบบแอพพลิเคชั่นร่วมกับแนวคิดในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยทำการศึกษากับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการใช้สื่อการเรียนรู้แอพพลิเคชั่น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ p<.01 นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลโสกนกเต็น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลโสกนกเต็น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำทั้งหมดก่อนการทดลอง (100%) แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ระดับทักษะเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงทุกคน (100%) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง และยังคงอยู่ในระดับสูงในอีก 1 เดือนต่อมา โดยมีจำนวน 29 คน (85.3%) ที่รักษาระดับทักษะในระดับสูง และอีก 5 คน (14.7%) ในระดับปานกลาง ขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่าระดับทักษะยังคงอยู่ในระดับต่ำตลอดการทดลอง (100%)[9] การศึกษาความพึงพอใจในการฝึกอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ ณ โรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และระดับปานกลางตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจประกอบด้วย การได้ฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง ความสะดวกในการเดินทาง ความจำเป็นของหลักสูตร รูปแบบการฝึกอบรมที่เข้าใจง่าย ความเชี่ยวชาญของวิทยากร และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด (n=32) ที่พบว่าความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[10]

การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เริ่มกระบวนการ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาภายในโรงเรียน เริ่มตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดการพัฒนา การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุภาพอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า การได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการคิด ลงมือทำ การกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา ได้ร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ จะส่งผลต่อความสำเร็จต่อการดำเนินงานและทำให้ผลการดำเนินงานมีความมีความยั้งยืนอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการศึกษากับกลุ่มเป้าหมายคือ คณะกรรมการอนุกรรมการ และภาคีเครือข่ายกองทุน จำนวน 40 คน ขั้นตอนการวิจัยประยุกต์แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต 4) การสะท้อนผล ผลการศึกษาการมีส่วนรร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนพบว่า คณะกรรมการอนุกรรมการ และภาคีเครือข่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ระดับท้องถิ่น มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .001 ทั้งภาพรวมและรายด้านทุกด้าน[11]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายธาดา ปิยวรรธนกุล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นายมังกร สุขประเสริฐ สาธารณสุขอำเภอบ้านกรวด และนายเทิดพงษ์ อังคะณี ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเจริญ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณนายปรมะ ศรีทอน ผู้อำนวยการโรงเรียนนิคมสร้างตนเอง 3 และคณะครู และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์ และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย) [เอกสารประกอบการสอน]. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2565.
2. รัตติกาล เรืองฤทธิ์, ปรียา แก้วพิมล, กิตติพงศ์ เซ่งลอยเลื่อน. ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในสมรรถนะ ของตนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (เออีดี : AED) ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2564;13(2):125-39.
3. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. Kemmis S. McTaggart R. The Action Research Planner. (Victoria, Ed.) (3rd ed.). Australia: Deaken University Press; 1988.
5. แพงศรี ประภากรพิไล, ปิยวรรณ หาญเวช, วัทธิกร นาถประนิล. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ (Basic Life Support) วิทยาลัยเทคนิคร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2567;11(1):1-15.
6. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, ปัทมา สุริต, วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน แสนโสม, บุษบา สมใจวงษ์, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, และคณะ. ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของประชากรวัยแรงงาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(3).58-70.
7. เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง, อรทัย บุญชูวงศ์, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, ฉันทวรรณ วิชัยพล. ผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน:กรณีศึกษาตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(1):1-13.
8. ปาจรีย์ ตรีนนท์, สำเร็จ เทียนทอง, ธีราภรณ์ บุญล้อม, ชิณท์ณภัทร วันชัย, ชลธิชา บุญบรรจง, ญาสุมินทร์ พลเทพ, และคนอื่นๆ. ผลของการใช้สื่อการเรียนรู้แอพพลิเคชั่นเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):98-105.
9. นิษฐกานต์ แก่นจำปา, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, สนใจ ไชยบุญเรือง. การพัฒนาโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโสกนกเต็น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):414-20.
10. วัทธิกร นาถประนิล, สุมัทนา กลางคาร, กษมา วงษ์ประชุม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมือง ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

2565;4(2):177-92.

11. จารุวรรณ ชีโพธิ์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, ธีรยุทธ อุดมพร. การพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2560;18(1):80-91.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Factors Influencing Blood Sugar Level Control Behavior in Type 2 Diabetic Patients at Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province

ชมัยพร เสียงสนั่น*

Chamaiporn Siangsanan

Corresponding author: E-mail: moo1950@hotmail.com

(Received: October 4, 2024; Revised: October 10, 2024; Accepted: November 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาย้อย ซึ่งขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จำนวน 288 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเหมาะสม (61.8%) (Mean=155.67, SD.=12.59) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประกอบด้วย 5 ปัจจัยเรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อยดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) อายุ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) เพศ และ 5) ความต่อเนื่องในการรักษา โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคิดเป็นร้อยละ 45.7 (R^2 = .457)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย การถ่ายทอดทักษะและประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างและพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; โรคเบาหวานชนิดที่ 2; การรับรู้ความสามารถของตนเอง; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

Purposes : To study blood sugar level control behavior and factors influencing blood sugar level control behavior in type 2 diabetic patients at Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province.

Study design : Descriptive research.

Materials and Methods : The sample group consisted of patients with type 2 diabetes mellitus who received services in a diabetes clinic, Khaoyoi Hospital. There are 288 people registered for treatment in fiscal year 2023. Data were analyzed using statistics: percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression analysis. Statistical significance was set at the .05 level.

Main findings : Most of the sample group had blood sugar level control behavior at an appropriate level, 61.8 percent (Mean=155.67, SD.=12.59). Factors influencing blood sugar level control behavior with statistical significance at the .01 level, it consists of 5 factors arranged in order of influence from most to least as follows: 1) self-efficacy, 2) age, 3) health literacy, 4) gender, and 5) treatment continuity. All factors together explained 45.7% of the variation in blood sugar level control behaviors. (R^2 = .457).

Conclusion and recommendations : Guidelines for promoting blood sugar level control behavior among patients should be developed, such as dividing groups to provide knowledge, transferring skills and experiences in controlling blood sugar level by patients who have continued success. To create and develop awareness of one's self-efficacy and health literacy in practicing behaviors to control blood sugar level sustainably.

Keywords : Blood sugar level control; Type 2 diabetes; Self-efficacy; Health literacy

*Expert professional nurse, Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province

บทนำ

โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี พ.ศ.2588 จะเพิ่มเป็น 783 ล้านคน โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีความชุกของภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มอายุ 20–79 ปี สูงถึงร้อยละ 8.3 รวมถึงมีประชากรที่มีภาวะก่อนเบาหวานสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตจำนวน 16,388 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง[1]

ความชุกของโรคเบาหวานวัดโดยประวัติและ Fasting plasma glucose (FPG) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 9.5 ความชุกในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 10.3 และ 8.6 ตามลำดับ) ความชุกต่ำสุดในคนอายุน้อยและเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 60–69 ปีในเพศชาย (ร้อยละ 18.6) และอายุ 70–79 ปีในเพศหญิง (ร้อยละ 24.6) จากนั้นความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของเบาหวานวัดโดยประวัติและ HbA1c ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 11.0 ความชุกในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 12.5 และ 9.5 ตามลำดับ) ร้อยละ 30.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นเบาหวานมีร้อยละ 13.9 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 47 ของผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์น้อยกว่า 130 มก./ดล. (หรือร้อยละ 26.3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด) ทั้งนี้ เพศหญิงมีสัดส่วนของการได้รับการวินิจฉัยการรักษาและการควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ได้มากกว่าในเพศชาย[2]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลง่าย หายยาก มีอาการชาปลายมือปลายเท้า การป้องกันโรคเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร เน้นผักผลไม้ที่ไม่มีรสหวานหรือหวานน้อย ธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายให้สม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3–5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7–8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[3]

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาซึ่งอยู่ในเขตอำเภอเขาย้อยมีทั้งสิ้น 2,216 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 30.41 ในจำนวนนี้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาย้อยจำนวน 1,269 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 33.96 พบภาวะแทรกซ้อนทางตามากถึงร้อยละ 24.48 ภาวะแทรกซ้อนทางไตมากถึงร้อยละ 24.41 ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจร้อยละ 3.53 ภาวะแทรกซ้อนทางสมองร้อยละ 5.48 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร้อยละ 1.91[4]

จากสถานการณ์โรคเบาหวานและการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[5] และทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[6]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus, T2 DM) ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาย้อย จำนวน 1,138 คน[4] ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[7] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 288 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยอายุ 35–85 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาโดยใช้ยาเม็ดรับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ 2) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และการได้ยิน 3) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต และ 4) เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (Discontinuation criteria) 1) มีการย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอเขาย้อยในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) มีการเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับปรุงและพัฒนาจากต้นฉบับของ นายชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 8) ระดับน้ำตาลในเลือด 9) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 10) ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 11) ความต่อเนื่องในการรักษา และ 12) การมีโรคแทรกซ้อน

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่ใช่ จำนวน 6 ข้อ ข้อความที่ไม่ใช่ จำนวน 5 ข้อ โดยผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างฟัง แล้วให้เลือกตอบว่าข้อความนั้นใช่หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ถ้าสามารถตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบจะไม่ได้คะแนน การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom[8] ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 เท่ากับ 0–7 คะแนน มีความรู้ต่ำ, คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 เท่ากับ 8–9 คะแนน มีความรู้ปานกลาง, คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป เท่ากับ 10–12 คะแนน มีความรู้สูง

ตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการรับรู้แบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ดังนี้ รับรู้น้อยที่สุด = 1, รับรู้น้อย = 2, รับรู้มาก = 3, รับรู้มากที่สุด = 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ รับรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, รับรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, รับรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[10] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ได้แก่ ได้รับน้อยที่สุด = 1, ได้รับน้อย = 2, ได้รับมาก = 3, ได้รับมากที่สุด = 4 วิเคราะห์

ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ ได้รับในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, ได้รับในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, ได้รับในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[10] แปลผลดังนี้ ได้รับน้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, ได้รับน้อย = 1.76–2.50 คะแนน, ได้รับมาก = 2.51–3.25 คะแนน, ได้รับมากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ได้แก่ ได้แก่ มีความรอบรู้น้อยที่สุด = 1, มีความรอบรู้น้อย = 2, มีความรอบรู้มาก = 3, มีความรอบรู้มากที่สุด = 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ ดังนี้ มีความรอบรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, มีความรอบรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[10] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 51 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[9] ได้แก่ ไม่เคย = 1 (เชิงลบ = 4), บางครั้ง = 2 (เชิงลบ = 3), บ่อยครั้ง = 3 (เชิงลบ = 2), เป็นประจำ = 4 (เชิงลบ = 1) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 11.00–22.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 22.01–33.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 33.01–44.00 คะแนน

2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นพฤติกรรมเชิงบวกทั้งหมด วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 7.00–14.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 14.01–21.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 21.01–28.00 คะแนน

3) ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 12.00–24.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 24.01–36.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 36.01–48.00 คะแนน

4) ด้านการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 5 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 8.00–16.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 16.01–24.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 24.01–32.00 คะแนน

5) ด้านการดูแลตนเองทั่วไป จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมเชิงลบจำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 13.00–26.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 26.01–39.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 39.01–52.00 คะแนน

6) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวม จำนวน 51 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[10] สามารถแปลผลได้ ดังนี้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม = 51.00–102.00 คะแนน, มีพฤติกรรมพอใช้ = 102.01–153.00 คะแนน, มีพฤติกรรมเหมาะสม = 153.01–204.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำแบบสอบถาม

ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา โดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ KR-20[11] สำหรับวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.902 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[12] สำหรับวิเคราะห์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.926, 0.918, 0.933 และ 0.921 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเขาย้อย 2) ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ 3) ชี้แจงทำความเข้าใจการใช้แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสุ่มตัวอย่างพร้อมกับมอบแบบสัมภาษณ์ให้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ช่วยนักวิจัย โดยกำหนดเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน ถึงวันที่ 25 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 3) วิเคราะห์เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และ 4) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ. 023/2567 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเคร่งครัด มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.9%) อายุเฉลี่ย 60.39 ปี (SD.=9.80) อายุ 61–70 ปี (35.8%) สถานภาพคู่ (61.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (66.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (33.7%) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 9,235.85 บาท (SD.= 6,692.84) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.37 ปี (SD.=6.82) โดยอยู่ในช่วง 5 ปี ลงมามากที่สุด (40.6%) ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดเฉลี่ย 146.61 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD.=42.99) โดยอยู่ในช่วง 80–130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมากที่สุด (41.7%) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุดเฉลี่ย 8.02% (SD.=2.03) โดยอยู่ในช่วง 8.00% ขึ้นไปมากที่สุด (39.0%) ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (60.8%) เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (90.3%) ไม่มีโรคแทรกซ้อน (64.6%) และกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนส่วนใหญ่เป็นโรคแทรกซ้อนทางไต (45.2%)

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (52.4%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.07 คะแนน (SD.=2.37) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน (ใช่) (79.5%) ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

มีอยู่อย่างเดียวคือการจำกัดการกินอาหารเท่านั้น (ไม่ใช่) (78.5%)

3. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (74.7%) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.54 คะแนน (SD.=4.64) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถจัดสรรเวลาในการทำงานและเวลาพักผ่อนได้ (Mean=3.05, SD.=.79) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถเปลี่ยนมารับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขาวได้ (Mean=1.87, SD.=.92)

4. ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (58.0%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.25 คะแนน (SD.=5.02) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ/หรือ อสม. (Mean=3.04, SD.=.58) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายจิตใจ เช่น ทำสมาธิ ไปวัด ฟังเทศน์ฟังธรรม (Mean=2.36, SD.=.99)

5. ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (73.3%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.49 คะแนน (SD.=4.60) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับฟังการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากหมอ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างเข้าอกเข้าใจ (Mean=3.15, SD.=.52) และท่านสามารถอ่านฉลากยาได้อย่างเข้าอกเข้าใจ (Mean=3.15, SD.=.65) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแก่เพื่อนผู้ป่วยเบาหวานได้ (Mean=2.54, SD.=.90)

6. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

6.1 ด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (80.6%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.30 คะแนน (SD.=3.45) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูพะโล้ (Mean=3.00, SD.=.57) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับมากโดยไม่รับประทานอาหารประเภทของมันๆ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ (Mean=1.68, SD.=.91)

6.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม (63.9%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.65 คะแนน (SD.=3.37) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายโดยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Mean=2.81, SD.=.95) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการใช้แรงต้าน เช่น ยางยืด ดัมเบล เวท (Mean=1.22, SD.=.61)

6.3 ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (69.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.97 คะแนน (SD.=4.91) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรู้สึกกลัดกลุ้มใจเกี่ยวกับความหลังครั้งอดีต (Mean=3.66, SD.=.60) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านอารมณ์และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสมในระดับมากที่สุด โดยไม่นำเรื่องราวในอดีตมาคิดให้รู้สึกกลัดกลุ้มใจ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิก่อนนอน (Mean=2.57, SD.=1.21)

6.4 ด้านการรับประทานยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (95.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.16 คะแนน (SD.=2.59) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานยาอื่นสำหรับรักษาเบาหวานนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง (Mean=3.88, SD.=.44) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับมากที่สุด โดยไม่นำยาอื่นมารับประทานนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านลืมรับประทานยา (Mean=3.26, SD.=.60) แม้ว่าประเด็นนี้จะมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ

รับประทานยาที่เหมาะสมในระดับมากที่สุดโดยลืมรับประทานยาน้อยมาก

6.5 ด้านการดูแลตนเองทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (85.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.57 คะแนน (SD.=3.75) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านดื่มยาดองเหล้า (Mean=3.93, SD.=.28) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับมากที่สุดโดยไม่ดื่มยาดองเหล้า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านไปรับการเจาะเลือดเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด (Mean=2.38, SD.=.71)

6.6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม (61.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 155.67 คะแนน (SD.=12.59)

7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p< .001$) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย เรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .395) 2) อายุ (Beta = .245) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .200) 4) เพศ (Beta = .141) และ 5) ความต่อเนื่องในการรักษา (Beta = .124) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 45.7 ($R2 = .457$) และสามารถเขียนสมการ $y = a + bx$ เพื่อทำนายได้ ดังนี้

SDM = 85.960 + 1.072SA + .315AGE + .548SH + 3.709SEX + 5.258CON ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณของตัวแปรในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อยจังหวัดเพชรบุรี ด้วยวิธี Stepwise

ตัวแปรอิสระ	b	SE	Beta	t	p	Tolerance	VIF
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (SA)	1.072	.140	.395	7.680	<.001	.727	1.376
อายุ (AGE)	.315	.059	.245	5.360	<.001	.919	1.088
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (SH)	.548	.136	.200	4.031	<.001	.780	1.282
เพศ (SEX)	3.709	1.167	.141	3.177	.002	.981	1.019
ความต่อเนื่องในการรักษา (CON)	5.258	1.886	.124	2.788	.006	.975	1.025

Constant=85.960 R=.676 R^2=.457 Adj. R^2=.447

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข โอเร็ม[5] ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน โดยทุกคนควรปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี การศึกษา ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี[13] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอยู่ในระดับดี

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล[14] ที่พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือ

ตอนบน อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[15] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย อยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์[16] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตรี แมตสี่ และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร[17] ที่พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดแพร่ อยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เรียงตามลำดับที่มีอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ และความต่อเนื่องในการรักษา ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายดังนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมลดลงเช่นกัน Bandura[18] กล่าวว่าการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือความเชื่อในความสามารถ หมายถึงความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และความคาดหวังในผลลัพธ์ หมายถึงการคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล[14] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน สอดคล้องกับการศึกษาของแสงดาว แจ้งสว่าง และคณะ[19] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธานี นามม่วง[20] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[21] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

2.2 อายุ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุลดลง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมน้อยลง ซึ่งตามทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[6] กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 52.1 และมีอายุเฉลี่ย 60.39 ปี ซึ่งถือว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่เข้าสู่ช่วงการเสื่อมถอยของร่างกาย และมีภูมิคุ้มกันปกติลดน้อยลง[22] ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความเหมาะสมมากขึ้น จะเป็นผลดีคือเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี[13] ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล[14] ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการวิจัย

แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีความเหมาะสมน้อยลง ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพที่ดี[23] ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความเข้าใจในโรคเบาหวาน มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด ตลอดจนการรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้อย่างถูกต้อง เหล่านี้เรียกว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม[24]

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงดาว แจ้งสว่าง และคณะ[19] ที่พบว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[21] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุจรีย์ ภู่ระย้า[25] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2.4 เพศ ในการนำตัวแปรเพศเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้กำหนดให้เพศชายเป็น 0 และเพศหญิงเป็น 1 ผลการวิเคราะห์พบว่าเมื่อเพศเปลี่ยนจาก 0 เป็น 1 (เปลี่ยนจากเพศชายเป็นเพศหญิง) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อเพศเปลี่ยนจาก 1 เป็น 0 (เปลี่ยนจากเพศหญิงเป็นเพศชาย) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมน้อยลง จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากกว่าเพศชาย

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลี[13] ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ[15] ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์[16] ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วในอำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง

2.5 ความต่อเนื่องในการรักษา ในการนำตัวแปรความต่อเนื่องในการรักษาเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้กำหนดให้การรักษาไม่ต่อเนื่องเป็น 0 และการรักษาต่อเนื่องเป็น 1 ผลการวิเคราะห์พบว่าเมื่อความต่อเนื่องในการรักษาเปลี่ยนจาก 0 เป็น 1 (เปลี่ยนจากการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็นการรักษาต่อเนื่อง) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อความต่อเนื่องในการรักษาเปลี่ยนจาก 1 เป็น 0 (เปลี่ยนจากการรักษาต่อเนื่องเป็นการรักษาไม่ต่อเนื่อง) กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมน้อยลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเรือน กำวิตู และชนิดา มัทวางกูร[26] ที่พบว่าความต่อเนื่องในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาเพ็ชร์ และคณะ[27] ที่พบว่า

ความต่อเนื่องในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ในจังหวัดสมุทรสาคร และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีเมฆารัตน์ และสิวาพร พานเมือง[28] ที่พบว่าความต่อเนื่องในการรักษาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเบาหวานควรวางระบบเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย วางระบบติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และสอดแทรกการให้ความรู้ขณะเข้ารับบริการ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างจริงจังให้มีความหลากหลายเพื่อเป็นทางเลือกของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ผัก หลากสี และผลไม้ที่ไม่มีรสหวานหวานให้มากขึ้น และควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เช่น ให้ความรู้แบบกลุ่มย่อย สร้างประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการถ่ายทอดทักษะและประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้าง และพัฒนาให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาย้อย ที่กรุณาสนับสนุนให้ดำเนินงานวิจัยในเรื่องนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย และขอขอบคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบสัมภาษณ์ต้นฉบับมาปรับปรุงพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode = brc&news_views=2606#:text
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/newsphp?news=21692&deptcode=brc
4. โรงพยาบาลเขาย้อย. รายงานผลการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน ประจำปีงบประมาณ 2566. เอกสารอัดสำเนา; 2567.
5. Orem D E. Nursing: Concepts of Practice (5th ed.). St. Louis: Mosby–Year Book; 1995.
6. Pender N J. Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton Century–Crofts Norwalk; 1987.
7. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
8. Bloom B S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw–Hill; 1976.
9. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.

10. Best J W, Kahn J V. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice–Hall; 1986.
11. บุญชัช เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
12. Cronbach Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
13. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):256–68.
14. ปัทมา สุพรรณกุล. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2557;8(2):259–69.
15. ปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิรินวล, เจษฎากร โนอินทร์, วิมาลา ชโยดม, อรพินท์ สิงหเดช. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(1):211–23.
16. จิรพรรณ ผิวนวล, ประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(2):46–61.
17. ชาตรี แมตสี่, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดแพร่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2564;13(1):238–250.
18. Bandura, Albert. Social learning theory. New Jersey: Prentice–Hall; 1977.
19. แสงดาว แจ้งสว่าง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(3):79–89.
20. ธานี นามม่วง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(1):170–80.
21. ปัทมา สุพรรณกุล, อาจินต์ สงทับ, อนุสรา สีหนาท, นพวรรณ วัชรพุทธ, เบญจมาภรณ์ นาคามดี, กู้เกียรติ ก้อนแก้ว และคนอื่นๆ. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2566;17(2):148–61.
22. James Birren. Handbook of Aging and Psychology. New York: Van Nostrand; 1989.
23. WHO. Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization Geneva:1–10; 1998.
24. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine. 2008;67(12):2072–8.
25. นุจรีย์ ภู่ระย้า. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2567;4(1):23–34.
26. ขวัญเรือน ก่ำวิตู, ชนิดา มัทวางกูร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562;20(38):82–95.
27. กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(3):151–63.

28. นันทพร ศรีเมฆารัตน์, สิวาพร พานเมือง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(1):1–11.

การพัฒนารูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก

The development of management and surveillance model for Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) induced nephrotoxicity in HIV infected patients at Nongphok hospital

ธิราวรรณ จันทรบุตร*

Thirawan Chantaraboot

Corresponding author: E-mail; Namimizuo.o@gmail.com

(Received: October 13, 2024; Revised: October 20, 2024; Accepted: November 20, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ และประเมินรูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็นระยะที่ 1 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลแบบสอบถามและรูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับตารางปรับขนาดยา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ และระยะที่ 4 ศึกษาผลการใช้รูปแบบ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาณ ได้แก่ McNemar Test

ผลการวิจัย : พบอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จำนวน 3 ราย เป็น DRPs ความรุนแรงระดับ C ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 พบเพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 4 ราย ระดับ D จำนวน 1 ราย และระดับ E จำนวน 3 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (ตุลาคม 2566 -มีนาคม 2567) พบผู้ป่วยเกิดพิษต่อไตเพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 5 ราย ระดับ C จำนวน 2 ราย ระดับ D จำนวน 2 ราย และระดับ E จำนวน 1 ราย ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพได้พัฒนารูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ได้ เป็น 5 ขั้นตอน คือ (1) การประเมิน EGFR (2) พบแพทย์ (3) ปรับขนาดยาตามตาราง (4) นัดติดตามภายใน 2-4 สัปดาห์ และ (5) การบริบาลทางเภสัชกรรม และหลังการใช้รูปแบบพบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในด้านความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจากร้อยละ 11.6 เป็น 3.7 ($p<.05$) และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตระดับรุนแรง และผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยพบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับมาก (Mean=4.51 และ 4.26)

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ต่อการทำงานของสหวิชาชีพและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย หากมีการทบทวนการใช้รูปแบบและสะท้อนปัญหาการใช้งาน ปรับปรุงข้อมูล และเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาจากการใช้ยาและสามารถปรับแผนการรักษาได้รวดเร็วทำให้ค่าการทำงานของไตของผู้ป่วยกลับเข้าสู่ค่าปกติได้

คำสำคัญ : ยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF); พิษต่อไต; ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To investigate the incidence, develop, implement, and evaluate a model for managing and monitoring kidney toxicity from Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) use.

Study design : This research follows a research and development (R&D) design.

Materials and Methods : The study was divided into four phases. Phase 1 involved examining the incidence of kidney toxicity in HIV patients receiving TDF treatment from October 2021 to March 2024, with data collected through structured questionnaires and a TDF kidney toxicity management and monitoring model that includes a dosage adjustment table. In Phase 2, the management and monitoring model for TDF-induced kidney toxicity was developed. Phase 3 focused on implementing the model, and Phase 4 assessed its outcomes between April and September 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics with McNemar's test.

Main findings : In the fiscal year 2022, three cases of kidney toxicity (categorized as drug-related problems [DRPs] with severity level C) were observed. In 2023, the number increased to four cases, with one at severity level D and three at level E. By fiscal year 2024 (October 2023 - March 2024), five cases were identified, with two at level C, two at level D, and one at level E, suggesting an upward trend in incidence. A multidisciplinary team collaborated to develop a five-step TDF kidney toxicity management and monitoring model, comprising (1) eGFR assessment, (2) physician consultation, (3) dosage adjustment per table, (4) follow-up within 2-4 weeks, and (5) pharmaceutical care. Post-implementation, medication error-related issues decreased from 11.6% to 3.7% ($p<.05$), and no severe kidney complications were reported. Both healthcare providers and patients reported high overall satisfaction with the model (Mean=4.51 for providers and 4.26 for patients).

Conclusions and Recommendations : The developed model proves beneficial for multidisciplinary teams, enhancing efficiency and safety in patient care. Continuous model review, along with regular updates to data and tools, will facilitate the prevention and monitoring of medication-related problems, enabling timely treatment adjustments and the normalization of renal function.

Keywords : Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF); Kidney toxicity; HIV patients

*Pharmacist, Professional Level Nongphok Hospital.

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวียังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและปัจจุบันการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีโครงการเพิ่มการเข้าถึงการบริการยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้อย่างครอบคลุม ซึ่งแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ฉบับปัจจุบัน ปี พ.ศ.2564/2565[1] แนะนำให้ใช้ยา TDF เป็นตัวยาแรกในสูตรการรักษา เนื่องจากยา TDF เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัสได้ดี อัตราการดื้อยาต่ำ รับประทานเพียงวันละ 1 ครั้ง ทำให้เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ในการรักษาจำเป็นต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานต่อเนื่องทุกวัน ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้น คือ การเกิดพิษต่อไต เนื่องจากยา TDF มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์บนเซลล์บริเวณท่อไตส่วนต้นและกระตุ้นให้เกิดการตายของเซลล์แบบ Apoptosis ทำให้เกิดกลุ่มอาการพิษต่อไตที่เรียกว่า Fanconi’s syndrome[2] อีกทั้งมีผลทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ซึ่งมีผู้ป่วยบางส่วนมีการดำเนินโรคไปเป็นโรคไตวายเรื้อรัง[3] และพบว่ายา TDF มีความเกี่ยวข้องกับการเกิด CKD และการลดลงของ eGFR ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF มี eGFR ลดลงเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)[4] อีกทั้งยังพบอุบัติการ์ณ์ในช่วง 3 เดือนแรกของการใช้ยา และพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงในระดับปานกลาง eGFR 45-59 ml/min ภายในระยะเวลา 1 ปีหลังจากเริ่มยาและลดลงอย่างมากในช่วงปีที่ 3 (eGFR <30 ml/min) ($p<.001$)[5-6] และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) คือ อายุ, BMI < 18.5 kg/m2, WHO HIV ระยะ 3 และ 4 และที่สำคัญคือ ค่า CrCL ก่อนเริ่มยา TDF[7] และการหยุดยาหรือเปลี่ยนยาจากยา TDF เป็นยาอื่นเมื่อพบความผิดปกติในการทำงานของไตที่รวดเร็ว ส่งผลทำให้การทำงานของไตสามารถกลับมาเป็นปกติโดยใช้เวลา 3 – 6 เดือน และหากพิจารณาหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนยาได้ช้า ต้องใช้เวลานานถึง 1 ปีการทำงานของไตจึงจะดีขึ้นแต่ไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้เหมือนเดิม[8] เช่นเดียวกับโรงพยาบาลหนองพอกเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและมีบริการคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 -2567 มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยสูตรการรักษาที่มียา TDF จำนวน 187, 171 และ 175 ราย ตามลำดับ และพบการเกิดพิษต่อไตในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จำนวน 3 ราย ซึ่งเป็นปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems, DRPs) ความรุนแรงระดับ C, ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบเพิ่มขึ้นเป็น 4 ราย ความรุนแรงระดับ D 1 ราย และระดับ E 3 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (ตุลาคม 2566 -มีนาคม 2567) ยังคงพบผู้ป่วยเกิดพิษต่อไตเพิ่มขึ้นเป็น 5 ราย ความรุนแรงระดับ C 2 ราย ระดับ D 2 ราย และระดับ E 1 ราย จากข้อมูลดังกล่าว ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จึงได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลหนองพอกขึ้น เพื่อให้มีระบบที่สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยา และสามารถพบความผิดปกติในการทำงานของไตได้รวดเร็วขึ้น และปรับแผนการรักษาได้ทันท่วงที เพื่อให้สามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรง และทำให้ค่าการทำงานของไตของผู้ป่วยกลับเข้าสู่ค่าปกติได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ พัฒนารูปแบบและผลของการใช้รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research & Development)

ประชากร : ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF ในสูตรการรักษาทุกรายที่มา

รับบริการในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 จำนวน 175 ราย ซึ่งก่อนคำนวณกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการและการติดตามได้เนื่องจากย้ายสถานพยาบาล 21 ราย ทำให้มีประชากรคงเหลือ 154 ราย และประเมินความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบของบุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 5 คน พยาบาล 4 คน และเภสัชกร 6 คน รวมทั้งหมด 15 คน และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการตามรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยา TDF ในสูตรการรักษา ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป (2) เป็นผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไต CrCL > 50 ml/min หรือ eGFR > 60 ml/min/1.73m2 ก่อนใช้รูปแบบ (3) เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 90 วัน เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้คือผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและใช้ยา (Non-adherence) เกณฑ์ในการเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) มีดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการและการติดตามได้เนื่องจากย้ายสถานพยาบาลจึงทำการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรตารางสำเร็จรูป[9] คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 154 ราย โดย 25% ของประชากรทั้งหมดคือ 39 ราย และเพื่อลดความเสี่ยงของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่เพียงพอ จากการที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องออกจากการศึกษาระหว่างทำการศึกษา โดยการคำนวณอัตราการ Dropout เริ่มต้นการศึกษามีผู้ป่วยจำนวน 175 ราย หลังจากนั้น มีผู้ป่วยย้ายสถานพยาบาล 21 ราย ทำให้ประชากรคงเหลือ 154 ราย ดังนั้นอัตราการ Dropout อยู่ที่ประมาณ 12% จึงทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 82 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ได้จากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF ในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี (2) แบบเก็บข้อมูลการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF ในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี และ (3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ (1) รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF และ (2) ตารางขนาดยาปกติและการปรับขนาดยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการทำงานของไตบกพร่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) พบว่า ค่าความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.67-1.00 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องและครอบคลุมตามที่ต้องการสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF ในสูตรการรักษา และเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก ก่อนการพัฒนารูปแบบ จากฐานข้อมูลเวชระเบียน โดยทำการเก็บข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ค่าการทำงานของไต eGFR และ CrCL ค่า Absolute CD4 โรคร่วมและยาที่ใช้ร่วม จากนั้นเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการติดตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) และการเกิดพิษต่อไต ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มีนาคม 2567)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

ของโรงพยาบาลหนองพอก โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรประจำคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี ประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลรักษาและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อค่าการทำงานของไตลดลง (CrCL) ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565[1]

ระยะที่ 3 ทำการทดลองใช้รูปแบบโดยบุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 5 คน พยาบาล 4 คน และเภสัชกร 6 คน รวมทั้งหมด 15 คนปฏิบัติตามรูปแบบที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นดังกล่าวข้างต้น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 – 30 กันยายน 2567

ระยะที่ 4 ศึกษาผลการใช้รูปแบบ โดยการเก็บข้อมูลทั่วไปจากฐานข้อมูลเวชระเบียน และข้อมูลจากแบบบันทึกการติดตาม และนำข้อมูลมาสรุปผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งในระดับไม่รุนแรงและรุนแรง จำนวนครั้งที่พบปัญหาจากการใช้ยา และได้รับการแก้ไข รวมถึงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาระดับความรุนแรง A-I และทำการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลผลการใช้รูปแบบการจัดการ และการเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ที่พัฒนาขึ้น (1) อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไต, จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs), จำนวนครั้งการแก้ไข และการประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ (2) เปรียบเทียบจำนวนเหตุการณ์การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งระดับไม่รุนแรงและรุนแรงก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้ วิธีการทดสอบ McNemar Test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1372566 เมื่อวันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลหนองพอก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 12 คน (80.00%) อายุในช่วง 30-39 ปี จำนวน 5 คน (33.30%) อายุการปฏิบัติงานในด้านโรคติดเชื้อเอชไอวี < 5 ปี จำนวน 9 คน (60.00%) และมีการประสานงานระหว่างวิชาชีพตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม รวมถึงติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการรักษาหรือการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	3(20.00)
หญิง	12(80.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย±SD.	37.53±11.21
< 30	4(26.7)
30 - 39	5(33.3)
40 - 49	4(26.7)
50 - 59	2(13.3)
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน	
เภสัชกร	6(40.0)
แพทย์	5(33.3)
พยาบาล	4(26.7)
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี) ค่าเฉลี่ย±SD.	6.80±7.19
< 5	9(60.0)
5 – 14	2(13.3)
≥ 15	4(26.7)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลหนองพอกที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่มี TDF ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจำนวน 154 และ 82 ราย ตามลำดับ โดยพบว่าข้อมูลทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (53.20%, 57.3%) มีอายุในช่วง 40-49 ปี (32.50%,26.8%), โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งในกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (45.5%, 44.8%) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าการทำงานของไต eGFR และ CrCL > 50 ml/min และพบว่ามีโรคร่วม เช่น ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนการพัฒนา (n=154)	หลังการพัฒนา (n=82)
เพศ		
ชาย	82(53.2)	47(57.3)
หญิง	72(46.8)	35(42.7)
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย±SD.	45.52±11.43	44.32±12.81
< 20	2(1.3)	2(2.4)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนการพัฒนา (n=154)	หลังการพัฒนา (n=82)
20 - 29	15(9.7)	10(12.2)
30 - 39	24(15.6)	17(20.7)
40 - 49	50(32.5)	22(26.8)
50 - 59	46(29.9)	22(26.8)
> 60	17(11.0)	9(11.0)
BMI (kg/m^2) ค่าเฉลี่ย±SD.	21.45±3.30	21.46±3.54
< 18.5 kg/m^2	32(20.8)	17(20.7)
18.5 – 22.9 kg/m^2	70(45.5)	40(48.8)
> 23 kg/m^2	52(33.8)	25(30.5)
ข้อมูลทางสังคม		
อาชีพ		
เกษตรกรรม		36(43.9)
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว		16(19.5)
ลูกจ้างเอกชน/ พนักงานบริษัท		10(12.2)
นักเรียน/ นักศึกษา		7(8.5)
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ		2(2.4)
ไม่มีอาชีพ		11(13.4)
ระดับการศึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับมัธยมต้น		28(34.1)
มัธยมปลาย		42(51.2)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า		12(14.6)
สถานภาพ		
โสด		28(34.1)
สมรส		42(51.2)
สมรสหย่าร้าง/ แยกกันอยู่		12(14.6)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
0 – 5,000		48(58.5)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนการพัฒนา (n=154)	หลังการพัฒนา (n=82)
5,001-10,000		26(31.7)
10,001-15,000		6(7.3)
> 15,000		2(2.4)
ข้อมูลทางคลินิก		
eGFR (ml/min) ค่าเฉลี่ย±SD.	86.66±18.86	87.65±17.92
30 – 59	9(5.8)	7(8.5)
> 60	145(94.2)	75(91.5)
CrCL (ml/min) ค่าเฉลี่ย±SD.	75.79±23.50	75.89±23.21
< 30	1(0.6)	0(0.0)
30 - 49	17(11.0)	10(12.2)
> 50	136(88.3)	72(87.8)
Absolute CD4 (cell/m3) ค่าเฉลี่ย±SD.	486.56±263.63	482.90±316.02
โรคร่วม		
ไขมันในเลือดสูง	28(18.2)	11(13.4)
ความดันโลหิตสูง	7(4.5)	3(3.7)
ไขมันในเลือดสูง+ความดัน	7(4.5)	3(3.7)
เบาหวาน	3(1.9)	1(1.2)
ไขมันในเลือดสูง+เบาหวาน	1(0.6)	2(2.4)
ไขมัน+เบาหวาน+ความดัน	1(0.6)	0(0.0)
อื่นๆ	7(4.5)	6(7.3)

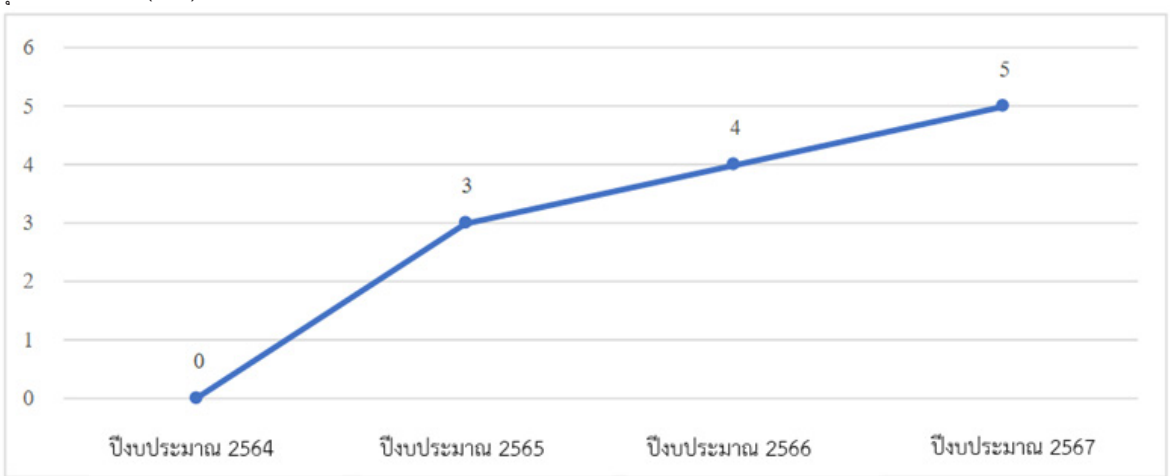
2 . อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก

ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยเกิดพิษต่อไตแบบไม่รุนแรง จำนวน 3 ราย ซึ่งเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาความรุนแรงระดับ C, ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 พบมีการรายงานเพิ่มขึ้นเป็น 4 ราย ระดับ D 1 ราย และระดับ E 3 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 -31มีนาคม 2567) พบว่าการเกิดพิษต่อไตเพิ่มขึ้นเป็น 5 ราย ระดับ C 2 ราย ระดับ D 2 ราย และยังพบเกิดความรุนแรงระดับ E 1 ราย ซึ่งจากข้อมูล

ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไต ตามตารางที่ 3
จากการใช้ยา TDF มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีความรุนแรง

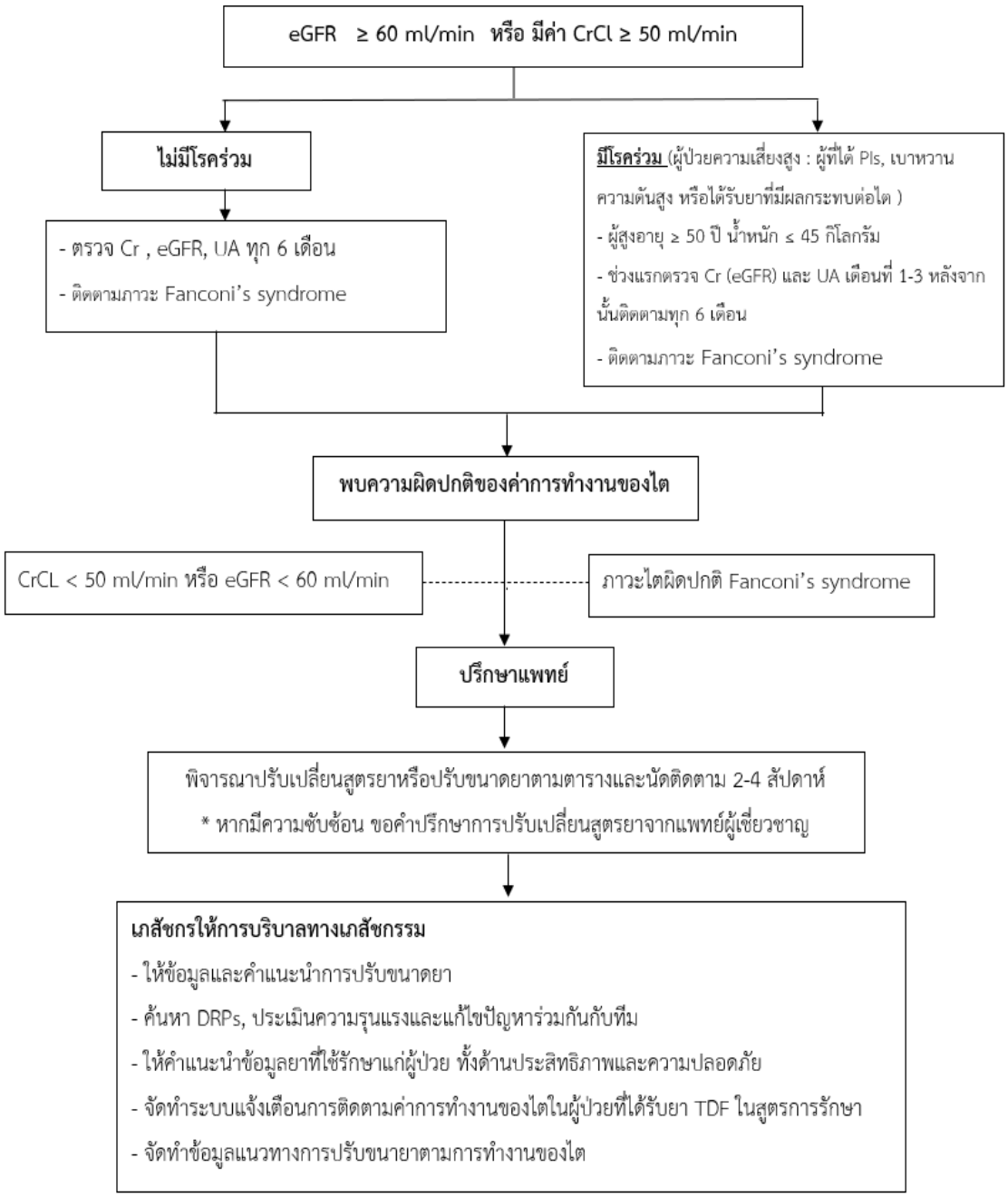
ตารางที่ 3 จำนวนของการเกิดอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอกที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่มี TDF ในปีงบประมาณ 2565-2567 (31 มีนาคม 2567)

อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไต	จำนวน(ครั้ง)		
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567 (31มีค.67)
ภาวะแทรกซ้อนทางไต (CrCL < 50 ml/ min)	3	3	4
ภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรง (CrCL < 30 ml/ min)	0	1	1



ภาพประกอบที่ 1 กราฟแสดงแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF

3. รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไต จากการใช้ยา TDF



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF

4. ผลของการใช้รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

4.1 ผลการเปรียบเทียบเหตุการณ์การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs)

ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า การสั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จาก 17 ครั้ง (11.00%) เป็น 3 ครั้ง (3.70%) และไม่พบการสั่งใช้ยา TDF ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ รวมถึงไม่เกิดความคลาดเคลื่อนที่มีความรุนแรงระดับ E

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) และการแก้ไข

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)		p
	ก่อนพัฒนา (n=154)	หลังพัฒนา (n=82)	
จำนวนใบสั่งยาที่มี TDF (ใบ)	383	391	
จำนวนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs)			.001
ความคลาดเคลื่อนทางยา			
สั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสม	17(11.0)	3(3.7)	
	(44 ครั้ง:1000 ใบสั่งยา)	(8 ครั้ง:1000 ใบสั่งยา)	
สั่งใช้ยา TDF ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้	1(0.6)	0(0)	
	(3 ครั้ง: 1000 ใบสั่งยา)	(0 ครั้ง:1000 ใบสั่งยา)	
ความคลาดเคลื่อนรุนแรงระดับ D	10(6.5)	3(3.7)	
ความคลาดเคลื่อนรุนแรงระดับ E	7(4.5)	0(0.0)	
ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วย	2(1.3)	0(0.0)	
การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา			
แพทย์สั่งหยุดยา TDF	17(100.0)	11(100.0)	
แพทย์เปลี่ยนสูตรยาตามค่า CrCL	17(100.0)	11(100.0)	
การให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร	154(100.0)	82(100.0)	
การยอมรับแนวทางและการดำเนินการแก้ไข			
การยอมรับและให้มีการดำเนินการทั้งหมด	17(100.0)	12(100.0)	

4.2 ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งระดับไม่รุนแรงและรุนแรงก่อนและหลังการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งระดับไม่รุนแรงและรุนแรง

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)		p
	ก่อนพัฒนา (n=154)	หลังพัฒนา (n=82)	
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา			.077
ภาวะแทรกซ้อนทางไต (CrCL < 50 ml/min)	17(11.0)	10(12.2)	
ภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรง (CrCL< 30 ml/min)	1(0.6)	0(0.0)	

4.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวีต่อการใช้รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับมาก (Mean= 4.51, SD.= 0.41) โดยพบว่ามีความพึงพอใจในด้านการยอมรับ (Acceptability) มากที่สุด (Mean= 4.59,SD.= 0.42) เนื่องจากสามารถนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้จริง (Mean= 4.67, SD.= 0.49) และรองลงมาคือ ด้านความยืดหยุ่น (Flexibility) (Mean= 4.56, SD.= 0.40) เนื่องจากสามารถนำรูปแบบการดูแลไปใช้ได้กับผู้ป่วยทุกรายที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (Mean= 4.73, SD.= 0.46), ด้านความมั่นคงของระบบ (Stability) (Mean= 4.49, SD.= 0.53) เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดภาวะการทำงานของไตผิดปกติที่รุนแรงลดลงอย่างต่อเนื่อง (Mean=4.53, SD.= 0.52) และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ลดลงและลดระดับความรุนแรงได้ (Mean= 4.53, SD.= 0.52), ด้านความยากง่าย (Simplicity) (Mean= 4.48, SD.= 0.43) เนื่องจากมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการนำไปใช้ชัดเจนและเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย (Mean= 4.53, SD.= 0.52), และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) (Mean= 4.43, SD.= 0.56) เนื่องจากสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงค่าการทำงานของไตได้อย่างต่อเนื่อง (Mean= 4.53, SD.= 0.52)

4.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

พบว่า มีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับมาก (Mean= 4.26, SD.= 0.50) ซึ่งพบว่า มีความพึงพอใจในด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมมากที่สุด (Mean= 4.27, SD.= 0.52) โดยพึงพอใจเรื่องการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและอธิบายความสำคัญของการกินยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ (Mean= 4.50, SD.= 0.63) ส่วนในด้านการบริการดูแลรักษามีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean= 4.25, SD.= 0.56) โดยพึงพอใจเรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย และการตรวจเลือดเพื่อติดตามผลการรักษา และความปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยาอย่างเหมาะสม (Mean= 4.35, SD.= 0.67) ส่วนด้านที่ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจน้อยกว่าด้านอื่น ๆ คือ เรื่อง ระยะเวลารอรับยา (Mean= 3.68, SD.= 0.98)

วิจารณ์

1. อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF ในโรงพยาบาลหนองพอกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 (31 มีนาคม 2567) มีการรายงานว่าพบผู้ป่วยเกิดพิษต่อไตจำนวน 12 ราย ซึ่งเกิดจากความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาความรุนแรงระดับ C 5 ราย, ระดับ D 3 ราย และระดับ E 4 ราย จากข้อมูล พบว่าอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Alana et al.[10] ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดความผิดปกติของไตกับการใช้ยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดย

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort จากข้อมูลผู้ป่วย 890 คน เป็นระยะเวลา 5 ปี พบความเป็นได้ว่ายา TDF มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความผิดปกติของไต และการศึกษาของ Soichiro et al.[4] ทำการศึกษาผลของยา TDF ต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง และการลดลงของอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นการศึกษาแบบ Observational ในผู้ป่วย 1,383 คน เป็นระยะเวลา 12 ปี พบว่ายา TDF มีความเกี่ยวข้องกับการเกิด CKD และการลดลงของ eGFR ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF มี eGFR ลดลงเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.0001)

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลหนองพอกขึ้น โดยพยาบาลประจำคลินิกคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อเพิ่มความถี่ในการติดตามค่าการทำงานของไต หากพบความผิดปกติจะส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ แพทย์ปรับเปลี่ยนสูตรการรักษาร่วมกันกับเภสัชกรเพื่อปรับขนาดยาและจัดทำระบบแจ้งเตือนเพื่อให้มีการติดตามต่อเนื่อง รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการรักษาและยาเพิ่มเติม เพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาและค้นหาความผิดปกติในการทำงานของไตได้รวดเร็วขึ้น ปรับแผนการรักษาได้ทันท่วงที และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงส่งผลให้ค่าการทำงานของไตกลับเข้าสู่ค่าปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Samadhi et al.[8] ซึ่งทำการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนยาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะพิษต่อไตระยะแรกเริ่มในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยา TDF เป็นการศึกษาแบบ Prospective ในผู้ป่วย 30 คน เป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่า การหยุดยาหรือเปลี่ยนยาจากยา TDF เป็นยาอื่นเมื่อพบความผิดปติในการทำงานของได้รวดเร็ว ส่งผลทำให้การทำงานของไตสามารถกลับมาเป็นปกติโดยใช้เวลา 3 – 6 เดือน และหากพิจารณาหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนยาได้ช้า ต้องใช้เวลานานถึง 1 ปี การทำงานของไตจึงจะดีขึ้นแต่ไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้เหมือนเดิม

3. ผลของการใช้รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF

3.1 ผลการเปรียบเทียบเหตุการณ์การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) พบว่ามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) เกิดขึ้นทั้งก่อนและและหลังการใช้รูปแบบ โดยพบว่ายังคงมีผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในด้านการเกิดพิษต่อไตจำนวน 18 และ 10 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p>.05) ส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ในด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) ก่อนการใช้รูปแบบพบมีการสั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสมจำนวน 44 ครั้ง: 1000 ใบสั่งยา และหลังการใช้รูปแบบ พบมีการสั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสมลดลงเป็น 8 ครั้ง:1000 ใบสั่งยา ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา TDF ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ลดลงจาก 3 ครั้ง: 1000 ใบสั่งยา เป็นไม่เกิดเลย ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p<.05) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของนิยม สีสวนแก้ว และหทัยชนก พังศกฤตธิมน[11] ซึ่งทำการศึกษาผลของการใช้แนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยเป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ที่ได้รับยา TDF โดยจำนวนผู้ป่วยหลังใช้แนวทางมี 408 คน พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ADR type A) ลดลงจาก 7.5 เป็น 7 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา โดยไม่แตกต่างกันทางสถิติเช่นกัน (p=1.000) , ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 14.0 เป็น 1.3 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา (p<.05) และสรุปได้ว่าแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก TDF ที่ใช้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้

ประเด็นเรื่องการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (DRPs) ผลการวิจัยนี้พบว่าได้รับการยอมรับและให้มีการดำเนินการทั้งหมด โดยพบว่าการแก้ไขที่มีการดำเนินการมากที่สุดคือ การสั่งหยุดยา TDF และเปลี่ยนสูตรยาตามค่าการทำงานของไต และพบว่า มีการให้คำปรึกษาด้านยาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรครบถ้วนทุกราย

ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัลย์ ศรีประทีปบัณฑิต[3] ซึ่งทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยเป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ผลการศึกษาพบว่ามีคำสั่งการใช้ TDF ทั้งหมด 284 ครั้ง พบปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ การสั่งใช้ TDF ในผู้ป่วยที่มีข้อห้าม 2 ครั้ง (7.04 ต่อ 1000 ใบสั่งยา), ไม่ได้ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต 11 ครั้ง (38.73 ต่อ 1000 ใบสั่งยา) และแพทย์จะพิจารณาร่วมกับเภสัชกรทุกครั้งที่พบปัญหาจากการใช้ยาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทันที โดยปัญหาจากการใช้ยาได้รับการแก้ไขทั้งหมด และหลังใช้รูปแบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ TDF คงเหลือจำนวน 72 คน และไม่พบผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรง

3.2 ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งระดับไม่รุนแรงและรุนแรง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา TDF ในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี พบว่า หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรง (CrCL<30 ml/min) และพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในระดับไม่รุนแรง (CrCL < 50 ml/min) ลดลง (p>.05) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของนิยม สีสวนแก้ว และหทัยชนก พังศกฤตธิมน[11] ซึ่งทำการศึกษาผลของการใช้แนวทางในการเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนทางไตจาก TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยเป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ที่ได้รับยา TDF โดยจำนวนผู้ป่วยหลังใช้แนวทางมี 408 คน พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงลดลงโดยพบเพียง 1 ราย จาก 408 ราย (0.20%) (p<.05)

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวีต่อการใช้รูปแบบการจัดการและเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับมาก (Mean= 4.51, SD.=0.41) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัลย์ ศรีประทีปบัณฑิต[3] ซึ่งทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยเป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และมีการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพบว่าทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมตามรูปแบบในระดับสูง

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับมาก (Mean= 4.26, SD.=0.50) ส่วนด้านที่ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจน้อยกว่าด้านอื่น ๆคือ เรื่อง ระยะเวลารอรับยา (Mean=3.68,SD.=0.98) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติกานต์ และคณะ[12] ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์เวลารอคอยรับยาและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการเภสัชกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสงคราม ทำการเก็บข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2561 – 2562 ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจในด้านระยะเวลารอรับยาน้อย เนื่องจากระยะเวลารอคอยรับยายังนานกว่าเวลามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยระยะเวลารอคอยนานที่สุดในขั้นตอนการจัดเตรียมยาเฉลี่ย 44.69±9.67 นาที จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาระบบงานบริการเภสัชกรรมแผนกผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการเพิ่มเครื่องมือในการเฝ้าระวังการเกิดพิษต่อไตจากการใช้ยา TDF เช่น มีระบบการแจ้งเตือนค่า CrCL, การออกบัตรเฝ้าระวังการใช้ยาหรือการทำระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อมีการสั่งใช้ยาที่มีTDF

2. ควรมีฉลากยาเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ เช่น การเกิดพิษต่อไต

3. ควรมีการทบทวนการใช้รูปแบบและสะท้อนปัญหาการใช้งานหรือมีการปรับปรุงข้อมูลให้สามารถป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ดียิ่งขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

4. จากผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจในเรื่อง ระยะเวลารอรับยาน้อยกว่าด้านอื่นๆ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมให้เป็น One stop service เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับยาหลังการตรวจรักษาได้ทันที

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มระยะเวลาการศึกษา: ขยายระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความแม่นยำของข้อมูล รวมถึงการประเมินผลในระยะยาวต่อการเกิดภาวะพิษต่อไตในผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF

2. ขยายขอบเขตประชากรในการศึกษา: ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใหญ่ขึ้นหรือต่างโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะพิษต่อไตและสามารถสรุปผลได้ครอบคลุมมากขึ้น

3. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการทำงานของไต: เก็บข้อมูลปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะสุขภาพร่วม, ลักษณะการใช้ยาอื่นๆ เพื่อให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนขึ้นและป้องกันผลกระทบต่อการทำงานของไตได้ดีขึ้น

4. พัฒนารูปแบบการติดตามและแจ้งเตือนอัตโนมัติ: พัฒนาเครื่องมือหรือระบบแจ้งเตือนที่ช่วยให้แพทย์ และพยาบาลสามารถติดตามและเฝ้าระวังค่าการทำงานของไตได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปรับขนาดยาหรือการเปลี่ยนสูตรยาได้ทันท่วงที

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์กิตติศักดิ์ พนมพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยของบุคลากรและส่งเสริมให้มีโครงการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ขอขอบคุณนางลัดดาวัลย์ ปราบนอก หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค และนางสุภาพร ศรีเนินกล้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ ที่ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาการวิจัยและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำให้การวิจัยสัมฤทธิ์ผล ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนท์บุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 [เข้าถึงเมื่อวัน 25 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaiaidssociety.org/wp-content/uploads/2023/03/HIV-AIDS-Guideline-2564_2565_ED2.pdf
2. ทิวาพร ทองสุทธิ์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยทางคลินิกของ TAF ในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี. [อินเตอร์เน็ต]. นครศรีธรรมราช: สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage =article_detail&id=836
3. ศิริวัลย์ ศรีประทีปปัณฑิต. การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากยา TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2567;30(1):54-67.
4. Suzuki S, Nishijima T, Kawasaki Y, Kurosawa T , Mutoh Y, Kikuchi Y, et al. Effect of Tenofovir Disoproxil Fumarate on Incidence of Chronic Kidney Disease and Rate of Estimated Glomerular Filtration Rate Decrement in HIV-1–Infected Treatment-Naïve Asian Patients: Results from 12-Year Observational Cohort. AIDS Patient Care STDS. 2017;31(3):105-12.

5. Lee K H, Lee J U, Ku N S, Jeong S J, HanH S H, Choi J Y, et al. Change in Renal Function among HIV-Infected Koreans Receiving Tenofovir Disoproxil Fumarate-Backbone Antiretroviral Therapy: A 3-Year Follow-Up Study. Yonsei Med J. 2017;58(4):770-7.
6. Agbaji O O, Abah I O, Ebonyi A O, Gimba Z M, Abene E E, Gomerep S S, et al. Long Term Exposure to Tenofovir Disoproxil Fumarate-Containing Antiretroviral Therapy Is Associated with Renal Impairment in an African Cohort of HIV-Infected Adults. JIAPAC. 2019;18:1-9.
7. Nartey E T, Tetteh R A, Yankey B A, Mantel-Teeuwisse A K, Leufkens H G M, Dodoo A N O. Tenofovir-associated renal toxicity in a cohort of HIV infected patients in Ghana. BMC Res Notes. BMC Res Notes. 2019;12:445.
8. Patamatamkul S, Songumpai N, Payoong P, Katavetin P, Putcharoen O. Early switching of tenofovir disoproxil fumarate (TDF) in HIV-infected patients with TDF-inducednephrotoxicity: a prospective study. HIV Res Clin Pract. 2022;23(1):99-106.
9. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิขิต, ทัศนีย์ นะแส. การวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: สำนักพิมพ์อัลลายด์ เพรส; 2535.
10. Brennan A, Evans D, Maskew M. Naicker S, Ive P, Sanne I. Relationship between Renal Dysfunction, Nephrotoxicity and Death among HIV Adults on Tenofovir. AIDS. 2011;25(13):1603–9.
11. นิยม สีสวนแก้ว, หทัยชนก พังศกฤตธิมน. การพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก TDF ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2567;30(1):1-13.
12. กิตติกานต์ มัยวงศ์, วุธิพงศ์ ภักดีกุล, วรินท์มาศ เกษทองมา, บุญมี โพธิ์คำ. การวิเคราะห์เวลารอคอยรับยาและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานบริการเภสัชกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสงคราม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565;25(2):63-76.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effectiveness of a health education program on knowledge and practices in pregnant woman first pregnancy, Nong Phok hospital, Roi Et Province

ละออง บุตรศาสตร์*

La-ong Bootsart

Corresponding author: E-mail; laong1368@gmail.com

(Received: November 2, 2024; Revised: November 8, 2024; Accepted: November 30, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pretest – posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่มารับบริการที่ห้องตรวจอัลตร้าซาวด์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จัดกิจกรรมการให้สุขศึกษา 5 ครั้ง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ (KR-20) และด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.79 และ 0.72 ตามลำดับ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.80 คะแนน (95% CI; 1.94,3.67); คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.020$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 1.37 คะแนน (95% CI; 0.23, 2.50) และมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.79, SD.=0.28)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรนำโปรแกรมการให้สุขศึกษานี้ไปปรับใช้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้สุขศึกษา; หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To compare the average knowledge score and the average behavior score related to pregnancy before and after implementing the health education program for pregnant woman first pregnancy.

Study design : This study employed a quasi - experimental research design with a one group pretest – posttest methodology.

Materials and Methods : The sample group consisted of 30 pregnants woman first pregnancy who attended the ultrasound clinic at the outpatient department of Nong Phok hospital. The participants were selected using purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. Data were collected using questionnaires on knowledge and pregnancy-related behaviors. The health education program was conducted in four sessions. The reliability was tested and analyzed using Cronbach's alpha coefficient. The analysis yielded reliability score of 0.79 for knowledge and 0.72 for behavior. Descriptive statistics and paired t-test were used for data analysis, with statistical significance at 95% confidence interval.

Main finding: After participating in the educational program, first pregnant showed a statistically significant increase in their average knowledge score about pregnancy compared to before joining the program ($p<.05$), with an increase of 2.80 points (95% CI; 1.94, 3.67). Additionally, there was a statistically significant increase in their average score for pregnancy-related practices compared to before the program ($p<.05$), with an increase of 1.37 points (95% CI; 0.23, 2.50). Their satisfaction with the program was high (Mean=2.79, SD.=0.28).

Conclusion and recommendations: This research found that the health education program resulting in higher both the knowledge and pregnancy-related behavior scores. We should expand this education program in other pregnants.

Keyword : Health education program; Pregnant woman first pregnancy

*Registered Nurse, Professional Level, Nong Phok Hospital.

บทนำ

ปัญหาอนามัยแม่และเด็กมีความสำคัญในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา จากรายงานของ World Health Statistics Monitoring Health of the SDG 2020 พบว่า การเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่มีผลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งร้อยละ 94 ของสตรีที่เสียชีวิตจำนวน 295,000 คน มาจากสาเหตุการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อการเกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและทารกในครรภ์ได้ หากสตรีตั้งครรภ์มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการรับประทานวิตามินและธาตุเหล็กเสริมอย่างถูกต้อง จะช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้[1] ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยประสบปัญหาจำนวนเด็กเกิดใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากเดิมในปี พ.ศ.2506-2526 มีเด็กเกิดใหม่ไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน ลดลงเหลือ 502, 107 คน ในปี พ.ศ. 2565 และอาจจะต่ำกว่า 500,000 คน ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศญี่ปุ่น จีน สิงคโปร์ เวียดนาม เกาหลีใต้ และอีกกว่า 120 ประเทศ ขณะที่จำนวนการเกิดลดลงจำนวนผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้น ประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนห้าแสนรายต่อปี ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการในการติดตาม คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงรายบุคคลตามแผนการดูแลให้ครอบคลุม จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยสำนักสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์กรยูนิเซฟ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2559 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 6 พ.ศ.2562 พบว่าร้อยละของบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 11.1 ส่วนปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาด้านสุขภาวะของแม่และเด็ก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง[2]

การตั้งครรภ์เป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของชีวิตเพราะเป็นช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมีทั้งความรู้สึกปีติยินดี มีความสุขและนับวันรอคอยที่ทารกจะคลอดออกมาอย่างปลอดภัยปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นตะคริว ท้องอืด ท้องผูก ปัญหาจิตใจ เช่นอารมณ์เสียหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม นอกจากปัญหาที่เกิดในระยะตั้งครรภ์แล้วหญิง ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยน (กลัวว่าการตั้งครรภ์จะทำให้สามีนอกใจ) ความคาดหวังเกี่ยวกับทารกในครรภ์ (ความผิดปกติหรือพิการ) กลัวการคลอด เป็นต้นแม้ว่า จะเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติก็จัดได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติระยะหนึ่งของสตรีจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างดี และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะลดลงหรือหมดไป หากได้มีการเตรียมความพร้อมแก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์ การตายและภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นในสตรีจากการตั้งครรภ์และการคลอดยังเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นของระบบสาธารณสุขในประเทศที่กำลังพัฒนา ถึงแม้จะมีเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้า และความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลหรือไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ที่เหมาะสม อาจนำไปสู่การเกิดโรคหรือ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษความดันโลหิตสูง โลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ทารกโตช้าในครรภ์ แท้ง คลอดก่อนกำหนด ท้องแฝด น้ำเดินก่อนเจ็บท้อง เจ็บท้องก่อนกำหนด ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ เป็นต้น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ควรเริ่มตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์ ดังนั้น คู่สามีภรรยาเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ควรรีบไปฝากครรภ์โดยเร็วและไปตรวจตามแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามนัดทุกครั้ง เพื่อจะได้รับการดูแลและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง จะเห็นได้ว่าสุขภาพของลูกในครรภ์จะสมบูรณ์แข็งแรงได้ ย่อมขึ้นอยู่กับสุขภาพของแม่ ดังนั้น สิ่งจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน คือ การได้รับการดูแล

และเอาใจใส่ในขณะตั้งครรภ์ทั้งจากตนเอง สามี บิดา มารดา และพี่น้อง รวมถึงการได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากร ทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอดบุตร จนถึงหลังคลอดบุตร การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจหรือสุขภาพจิตเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งคลอด และได้ทารกที่มีสุขภาพดี[3]

การตั้งครรภ์ครั้งแรกเป็นช่วงเวลาที่สร้างความตื่นเต้น มีความสุข และวิตกกังวลให้ว่าที่คุณแม่ เพราะต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งหาวิธีดูแลลูกน้อยให้มีสุขภาพแข็งแรงและคลอดออกมาอย่างปลอดภัย ซึ่งคุณแม่หลายคนที่ตั้งครรภ์เป็นท้องแรกคงรู้สึกสับสนไม่น้อยเมื่อหาข้อมูลการดูแลสุขภาพครรภ์และอาจใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมได้ การดูแลสุขภาพครรภ์เป็นสิ่งสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ และช่วยให้คุณแม่และลูกมีสุขภาพแข็งแรง[4]

จากรายงานผลการดำเนินงานของงานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองพอกตั้งแต่ปี พ.ศ.2564 ถึง 2566 พบว่ามีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.29, 8.07 และ 8.74 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 7 สาเหตุหนึ่งที่มีผลทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม เนื่องจากมารดาขาดความรู้และมีการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรมีความรู้ ในการดูแลสุขภาพของตนเองตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการสร้างโปรแกรมการให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์แรกมีความรู้ และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด อันจะส่งผลถึงการมีสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้สุขศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่ห้องตรวจอัลตร้าซาวด์ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองพอก ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่มารับบริการที่ห้องตรวจอัลตร้าซาวด์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก 2. เป็นคนไทย อ่านออก - เขียนได้ 3. สามารถเข้าร่วมวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัย และ 4. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์ในการคัดออก** (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1. มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการรักษาต่อกับแพทย์เฉพาะทาง และ 2. ย้ายถิ่นที่อยู่ในระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขศึกษา โดยจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษา 5 ครั้ง

1.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

1) ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนทดลอง ใช้เวลาทำประมาณ 30 นาที

2) กลุ่มตัวอย่างเข้ารับฟังสุขศึกษาครั้งที่ 1 โดย การชมสไลด์นำเสนอความรู้ชุดที่ 1 และแผ่นภาพตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาความสะอาดร่างกาย เพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่ม

แอลกอฮอล์ การนับลูกดิ้น และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3) แจกเอกสารแผ่นพับ พร้อมแนะนำให้ศึกษาความรู้จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่ และ (สมุดสีชมพู) กลับไปทบทวนและปฏิบัติที่บ้าน

1.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4

1) กลุ่มตัวอย่างเข้ารับฟังสุขศึกษาครั้งที่ 2 โดยการชมสไลด์นำเสนอความรู้ชุดที่ 2 ตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ได้แก่ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาความสะอาดร่างกาย เพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การนับลูกดิ้น และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2) ซักถามข้อสงสัย และแนะนำการใช้หนังสืออิเลคทรอนิกส์ (E-book) คู่มือการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ (จากคิวอาร์โค้ดที่อยู่ด้านหลังของแผ่นพับ) ให้กลับไปทบทวนและปฏิบัติที่บ้าน

1.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8

1) กลุ่มตัวอย่างเข้ารับฟังสุขศึกษาครั้งที่ 3 สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการใช้หนังสืออิเลคทรอนิกส์ (E-book)

2) ให้กลุ่มตัวอย่างชมสไลด์นำเสนอความรู้ชุดที่ 1 ตามแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาความสะอาดร่างกาย เพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การนับลูกดิ้น และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 10

1) กลุ่มตัวอย่างเข้ารับฟังสุขศึกษาครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้อีกครั้งตามหนังสืออิเลคทรอนิกส์ (E-book) และแนะนำให้ศึกษาความรู้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1.5 กิจกรรมครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 11 – 16

1) ติดตาม ประเมินผล โดยการสอบถามปัญหาอุปสรรค และสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

2) ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้สุขศึกษา หลังจากได้รับความรู้ครบ 5 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 14 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน, ตอบผิด ให้ 0 คะแนน และตอบไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำ ให้ 3 คะแนน, บางครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่เคย ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้สุขศึกษา โดยใช้แบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีสเกลการวัด 3 ระดับ คือ มาก, ปานกลาง และน้อย มีจำนวน 6 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่มารับบริการตรวจอัลตร้าซาวด์กับแพทย์ที่ห้องตรวจอัลตร้าซาวด์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก ในวันอังคารเวลา 08.30–16.00 น. ตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ

เสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ (KR-20) ได้ค่า เท่ากับ 0.79 และด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.72 ส่วนความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ ตั้งแต่ 0.40 - 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) คือ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0472567 เมื่อวันที่ 9 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจไม่มีการบังคับ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม และหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือ ผู้อุปการะก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลหนองพอก ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ โดยนำเสนอเป็นความเรียง ตารางตามลำดับ ดังนี้

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี (86.7%) อายุครรภ์ระหว่าง 14-26 สัปดาห์ (63.3%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (73.3%) ประกอบอาชีพรับจ้างและไม่ได้ทำงาน (40.0%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท (53.3%)

2. หลังทดลองกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.80 คะแนน (95% CI; 1.94,3.67)

2.1 ก่อนทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์จะทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า, ปัญญาอ่อนหรืออาจมีความพิการแต่กำเนิดได้ (96.7%) รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์ควรสวมรองเท้าส้นเตี้ยและหญิงตั้งครรภ์ควรนอนหลับเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และเวลากลางวันควรหาเวลาพักผ่อนวันละ 1 ชั่วโมง (90.0%) และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพราะจะทำให้มารดาอ้วนและเด็กตัวโตคลอดลำบาก (26.7%) รองลงมา คือหญิงตั้งครรภ์กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่นหมูสามชั้น ขาหมูได้ตามปกติ (33.3%)

2.2 หลังทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ควรนอนหลับเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และเวลากลางวันควรหาเวลาพักผ่อนวันละ 1 ชั่วโมง (100%) รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์ควรสวมรองเท้าส้นเตี้ย (96.7%) และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมูได้ตามปกติ (53.3%) รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพราะจะทำให้มารดาอ้วนและเด็กตัวโตคลอดลำบาก และ

หญิงตั้งครรภ์สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ปกติไม่มีข้อยกเว้น (73.3%)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการทดลอง

ข้อที่	ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
		n(%)	n(%)
1	การตรวจเลือดของหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ กรุ๊ปเลือด, ธาลัสซีเมีย, เอชไอวี, ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี, ดาวน์ซินโดรมและโรคเบาหวาน	20(66.7)	27(90.0)
2	กลุ่มอาการดาวน์มีโอกาสเกิดได้ในหญิงตั้งครรภ์ ทุกอายุ	20(66.7)	28(93.3)
3	โอกาสเสี่ยงของการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นพาหะ โอกาสที่ลูกจะเป็นโรค 1 ใน 4 โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะ 2 ใน 4 และโอกาสที่ลูกจะปกติ 1 ใน 4	19(63.3)	28(93.3)
4	หญิงตั้งครรภ์ควรกินอาหารหลัก วันละ 3-4 มื้อ (เช้า, กลางวัน, บ่าย, เย็นหรือค่ำ) ทุกวัน	24(80.0)	27(90.0)
5	หญิงตั้งครรภ์กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ได้ตามปกติ	10(33.3)	16(53.3)
6	หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพราะจะทำให้มารดาอ้วนและเด็กตัวโตคลอดลำบาก	8(26.7)	22(73.3)
7	การออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์จะช่วยลดอาการคลื่นไส้ เวียนหัว กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ปวดหลัง และทำให้คลอดง่ายขึ้น	18(60.0)	23(76.7)
8	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ จะทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า, ปัญญาอ่อน, หรืออาจมีความพิการแต่กำเนิดได้	29(96.7)	26(86.7)
9	การที่หญิงตั้งครรภ์และสามีสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิด	21(70.0)	24(80.0)
10	หญิงตั้งครรภ์ควรนอนหลับเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และเวลากลางวันควรหาเวลาพักผ่อน วันละ 1 ชั่วโมง	27(90.0)	30(100.0)
11	หญิงตั้งครรภ์ควรสวมรองเท้าส้นเตี้ย	27(90.0)	29(96.7)
12	หญิงตั้งครรภ์สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ปกติไม่มีข้อยกเว้น	12(40.0)	22(73.3)
13	วิธีการนับลูกดิ้นทำได้โดย นับหลังมื้ออาหาร ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 3 ครั้งต่อชั่วโมง ต้องไปพบแพทย์ทันที	16(53.3)	24(80.0)
14	อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นยอดอก บวมที่เท้ากดบุ๋ม เป็นอาการปกติของการตั้งครรภ์ไม่ต้องมาพบแพทย์	15(50.0)	24(80.0)
	เฉลี่ยโดยรวม	19(63.34)	25(83.33)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean Diff.	95% CI	p
ความรู้					
ก่อนกาทดลอง	30	8.87(2.66)	2.80	1.94, 3.67	<.001
หลังการทดลอง	30	11.67(1.88)			

3. หลังทดลองกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.020) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 1.37 คะแนน (95% CI; 0.23,2.50)

3.1 ก่อนทดลองมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Mean=2.87, SD.=0.35) รองลงมา คือไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเช่น ชา กาแฟ (Mean=2.83, SD.=0.38) และมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว (Mean=1.73, SD.=0.58) และท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม, น้ำหวาน, ชาเย็น, น้ำปั่น, น้ำผลไม้, นมเปรี้ยว เป็นต้น (Mean=1.87, SD.=0.43)

3.2 หลังทดลองมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Mean=3.00, SD.=0.00) รองลงมา คือ การยินยอมมาตรวจเลือดทุกอย่างขณะตั้งครรภ์ตามนัด (Mean=2.93, SD.=0.25) และมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว (Mean=1.83, SD.=0.65) และท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม, น้ำหวาน, ชาเย็น, น้ำปั่น, น้ำผลไม้, นมเปรี้ยว เป็นต้น (Mean=1.90, SD.=0.48)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับของคะแนนการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ
1. ท่านยินยอมมาตรวจเลือดทุกอย่าง ขณะตั้งครรภ์ตามนัด	2.87(0.35)	ดี	2.93(0.25)	ดี
2. ท่านกินอาหารหลัก วันละ 3-4 มื้อ (เช้า, กลางวัน, บ่าย, เย็นหรือค่ำ) ทุกวัน	2.73(0.45)	ดี	2.63(0.49)	ดี
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม, น้ำหวาน, ชาเย็น, น้ำปั่น, น้ำผลไม้, นมเปรี้ยว เป็นต้น	1.87(0.43)	ปานกลาง	1.90(0.48)	ปานกลาง
4. ท่านกินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด	2.17 (0.59)	ปานกลาง	2.23(0.57)	ปานกลาง
5. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว	1.73(0.58)	ปานกลาง	1.83(0.65)	ปานกลาง
6. ท่านกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลท วันละ 1 เม็ด ทุกวัน	2.40(0.77)	ดี	2.57(0.77)	ดี

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ
7. ท่านออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลาง เช่น เดินครั้งละ 30 - 40 นาที	2.10(0.66)	ปานกลาง	2.37(0.56)	ดี
8.ท่านออกกำลังกายระหว่างการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เดินหลังรับประทานอาหาร	2.37(0.61)	ดี	2.47(0.63)	ดี
9. ท่านออกกำลังกายท่าที่ยืดเกร็งหรือออกแรงมากๆ	2.60(0.62)	ดี	2.67(0.55)	ดี
10. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้ 8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน	2.50(0.63)	ดี	2.60(0.56)	ดี
11. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.87(0.35)	ดี	3.00(0.00)	ดี
12. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ	2.83(0.38)	ดี	2.80(0.41)	ดี
13. ท่านนั่งแล้วลุกขึ้นยืนอย่างรวดเร็ว เผลอยกของหนักหรือก้มเร็วเกินไป	2.07(0.58)	ปานกลาง	2.07(0.52)	ปานกลาง
14. ท่านจะรีบมาโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีน้ำเดินลักษณะใสๆ ไหลออกทางช่องคลอด	2.37(0.93)	ดี	2.63(0.76)	ดี
15. ท่านคอยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตัวท่านและทารกในครรภ์	2.67(0.66)	ดี	2.80(0.55)	ดี
เฉลี่ยโดยรวม	2.41(0.23)	ดี	2.50(0.23)	ดี

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean Diff.	95% CI	p
การปฏิบัติตัว					
ก่อนทดลอง	30	36.13(3.52)	1.37	0.23, 2.50	.020
หลังทดลอง	30	37.5(3.47)			

4. หลังทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความพึงพอใจ พบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับมาก (Mean=2.79, SD.=0.28) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ ได้รับความรู้/ประโยชน์จากการให้ความรู้เพื่อไปปรับใช้ได้, เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดีและเจ้าหน้าที่สุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง (Mean=2.87, SD.=0.35) ความเหมาะสมของสื่อการสอน และคู่มือที่แจก (Mean=2.80, SD.=0.41) ความเหมาะสมของระยะเวลาในการให้ความรู้ (Mean=2.70, SD.=0.47) และเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย (Mean=2.67, SD.=0.48) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อโปรแกรมการให้สุขศึกษาหลังทดลอง

ลำดับ	ข้อคำถาม	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1	เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย	2.67(0.48)	มาก
2	ความเหมาะสมของสื่อการสอน และคู่มือที่แจก	2.80(0.41)	มาก
3	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการให้ความรู้	2.70(0.47)	มาก
4	ท่านได้รับความรู้/ประโยชน์จากการให้ความรู้เพื่อไปปรับใช้ได้	2.87(0.35)	มาก
5	เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี	2.87(0.35)	มาก
6	เจ้าหน้าที่สุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง	2.87(0.35)	มาก
	เฉลี่ยโดยรวม	2.79(0.28)	มาก

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้สุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลหนองพอก

1. หลังทดลองกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.80 คะแนน (95% CI; 1.94,3.67) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเครือวัลย์ พลาชัยภิรมย์ และคณะ[5] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนการคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 – 36 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับบริการรักษาโดยการยับยั้งการคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 6.67 คะแนน (SD.=1.80) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 9.77 คะแนน (SD.= 0.43) อยู่ในระดับสูง และพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (t=9.820, p <.001, 95% CI = 2.45 – 3.74) และสอดคล้องกับการศึกษาของธิติพร สุวรรณอำภา และคณะ[1] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (M= 188.48, SD.= 19.18) สูงกว่าก่อนทดลอง (M= 168.36, SD.= 24.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 4.722, p=.01)

2. หลังทดลองกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.020) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 1.37 คะแนน (95% CI; 0.23,2.50) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอมรรัตน์ ผาละศรี และคณะ[6] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบหุ่นจำลองคลำการหดรัดตัวของมดลูกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทักษะการสังเกตการหดรัดตัวของมดลูกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุครรภ์ระหว่าง 28 - 37 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังการทดลอง (M= 4.52, SD.= 0.43) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M= 3.30, SD.= 1.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(t = - 7.01, p = .001, d = 1.22) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการสังเกตการหดรัดตัวของมดลูกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังการทดลอง (M= 3.84, SD. = 0.52) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M= 3.78, SD.= 0.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= - 5.18, p= .00, d= 0.21) แล้วยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์ และคณะ[7] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มทดลองเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 24 คน มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 29 ปี มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 58.3 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 37.5 ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 61.21 คะแนน (SD.=5.58) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 72.0 คะแนน (SD.= 3.38) และซึ่งหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = - 6.11, p = .001) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรุจา แก้วเมืองฝาง และคณะ[8] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< .001 (ก่อนทดลอง M=59.03, SD.=7.61; หลังการทดลอง M=84.33, SD.=5.34)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้และการวิจัยครั้งต่อไปมีดังนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังทดลองที่ อบถูกน้อย 2 อันดับแรก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ควรกินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมูได้ตามปกติ (53.3%) รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพราะจะทำให้มารดาอ้วนและเด็กตัวโต คลอดลำบาก และหญิงตั้งครรภ์สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ปกติไม่มีข้อยกเว้น (73.3%) ซึ่งเป็นเรื่องของอาหาร และการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน ที่จะส่งผลต่อน้ำหนักของทารกในครรภ์ อีกทั้งสมองของเด็กเล็ก เริ่มมีพัฒนาการตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของสมองซึ่งแร่ธาตุและวิตามินที่สำคัญ จำเป็นอย่างยิ่ง คือ ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ส่วนเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ควรให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อหา เรื่องความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์

2. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ดีทั้งก่อนและหลังทดลอง ได้แก่ การเติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว และท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม, น้ำหวาน, ชาเย็น, น้ำปั่น, น้ำผลไม้, นมเปรี้ยว เป็นต้น ซึ่งเป็นเรื่องของโภชนาการ ควรให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อหา เรื่องความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และทารกเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น ปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรม โดยเพิ่มกิจกรรมที่สามารถทำได้ง่ายในชีวิตประจำวัน และอาหารที่เหมาะสมตามท้องถิ่นและตามวัยของหญิงตั้งครรภ์ขยายโปรแกรมการให้สุขศึกษาไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ครรภ์หลัง สามีและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาการติดตามผลจนกระทั่งคลอด เพื่อให้เห็นผลของการเข้ารับบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ และน้ำหนักของทารกแรกเกิด

2. ใช้กลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษากับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่แม่นยำและเชื่อถือได้

เอกสารอ้างอิง

1. ธิติพร สุวรรณอำภา, ทัศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชัน

ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(1):98-111.

2. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการกรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://planninganamaimoph.go.th
3. ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม, สุกัญญา ศรีเจริญ, สุภาพร ผาจอง. รายงานการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การตั้งครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://apps.hpc.go.th
4. Pobpad. ท้องแรกดูแลสุขภาพครรภ์อย่างไรให้ลูกน้อยแข็งแรง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pobpad.com
5. เครือวัลย์ พลาชัยภิรมย์, อรพนิต ภูวงษ์ไกร, ภริญพัทธ์ สายทอง. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9(1):605-16.
6. อมรรัตน์ ผาละศรี, รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ, อนุชา พรมกันยา. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบหุ่นจำลองคลำการหดรัดตัวของมดลูกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทักษะสังเกตการหดรัดตัวของมดลูกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2566;16(1):220-33.
7. ธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรภา. 2561;26(4):40-50.
8. รุจา แก้วเมืองฝาง, จักรีรัช ราชบุรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์. วารสารการแพทย์เขต 4-5. 2564;41(2):209–19.

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
An evaluation the implementation of public health strategic plan, Sakon Nakhon Provincial Public Health Office

สว่างทิพย์ มีดี*
Sawangthip Meedee
Corresponding author: E-mail: sawang.md2519@gmail.com
(Received: November 2, 2024; Revised: November 9, 2024; Accepted: November 30, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบประเมินผล

วัสดุและวิธีวิจัย : ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ใช้แบบจำลองการประเมินผล CIPP Model กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามความคิดเห็น และแบบรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลการวิจัย พบว่า การประเมินผลด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ อยู่ในระดับปานกลาง และการประเมินผลด้านผลผลิต พบว่าตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 84.09 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ คือบุคลากรขาดการมีส่วนร่วม บุคลากรไม่เพียงพอ และงบประมาณไม่เพียงพอ จึงควรมีการเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน รวมถึงสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ และจัดสรรบุคลากรเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการวิจัยแบบต่อเนื่องเพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ สำหรับเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การประเมิน; ผลการดำเนินงาน; แผนยุทธศาสตร์

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

Abstract

Purposes : To evaluate the results of Sakon Nakhon public health strategic plan implementation and study the problems, barriers and recommendations from the implementation process**.**

Study design : Evaluation research.

Materials and Methods : Evaluation on the public health strategic plan of the Sakon Nakhon Provincial Public Health Office was conducted using the CIPP evaluation Model. The research samples were 76 public health officers working in the Policy and Planning Department, Sakon Nakhon provincial public health officials. Data collection methods included data from questionnaires and related documents. Quantitative data in this research were analyzed by the frequency distribution, percentage, average score, and standard deviation. Qualitative data were based on context analysis.

Main findings : The results showed that: Contextual Evaluation results a moderate level. Evaluation of Input factors and process, productivity evaluation found the indicators that passed 79.54%. When considering the performance issues in terms of problems and barriers, the results showed that the personnel participation in strategic plan, insufficient personnel and the budget is not enough. Therefore to provide opportunities for personnel to participate in planning, support the budget sufficiently, and allocate more personnel.

Conclusion and recommendations : There is a need for continuous research to examine operational conditions and evaluate the performance of strategic plans. The findings from such research can be used to improve and enhance the effectiveness of public health strategic plan.

Keyword : Evaluation; Implementation; Strategic plan

*Public Health Technical Officer, Professional Level Sakon Nakhon Provincial Public Health Office.

บทนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นรูปแบบการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ในสังกัดงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นหัวหน้าส่วนราชการประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วย 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด และ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย[1]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นหน่วยงานที่มีพันธะกิจในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด การกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ รวมถึงดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้จัดทำแผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ตามยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 5 ด้าน ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับภาคีเครือข่าย ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสู่องค์กรคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยกระดับการจัดการสมุนไพรอย่างเป็นระบบ ครบวงจร ทั้งนี้เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย (Ultimate Goal) ของหน่วยงาน คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”และนำไปสู่วิสัยทัศน์ขององค์กร คือ “คนสกลนครอยู่ดี กินดี ภาคีเข้มแข็ง มหานครแห่งพฤกษเวช”[2] โดยมีกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เป็นกลุ่มงานในการกำกับ ดูแล และประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานตามนโยบายและทิศทางการการดำเนินงานดังกล่าว การประเมินผลเป็นกระบวนการหนึ่งของหลักการบริหารงานเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อใช้ในการวัดผลความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติการ และเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการ และปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐจึงควรจัดให้มีการประเมินผลสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์เป็นระยะเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับการปรับปรุงแก้ไขการบริหารยุทธศาสตร์ต่อไป ทั้งนี้ในการประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์จะต้องประเมินผลด้วยการวัดหรือตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้ โดยนำตัวชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานของหน่วยงานและบุคลากรที่สามารถประเมินผลและควบคุมผลงานได้ (Key Performance Indicator หรือ KPI) มาใช้ในการควบคุมและการตรวจสอบการบริหารยุทธศาสตร์เสมอ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการนำรูปแบบการประเมินผลของ CIPP Model มาใช้เป็นกรอบการประเมินนั้น สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับดำเนินงานและนโยบายได้มากยิ่งขึ้น ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ปัจจัยทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น มีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ กล่าวคือ นโยบายขององค์กร/หน่วยงานภาคีเครือข่าย มีความสอดคล้องกับบริบท/ปัญหาของพื้นที่มีปัจจัยสนับสนุนทั้งความพร้อมด้านทรัพยากร

เทคโนโลยี งบประมาณ และบุคลากรมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน[3-4] นอกจากนี้ปัจจัยทั้ง 4 ด้านยังเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยทำให้การวางแผนยุทธศาสตร์และการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติมีประสิทธิผลในระดับสูง โดยผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุวิสัยทัศน์มีระบบการนำองค์กรและการวางแผนยุทธศาสตร์รวมถึงมีการจัดองค์กรและโครงสร้างของหน่วยงานที่รับผิดชอบตามยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน มีงบประมาณที่เพียงพอ มีกระบวนการสื่อสารถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ และค่านิยมแก่ผู้บริหารและบุคลากรเพื่อให้เกิดการรับรู้และมีความเข้าใจมีกระบวนการถ่ายทอดเป้าหมาย เพื่อนำสู่การปฏิบัติและมีการติดตามและประเมินผลในระดับหน่วยงานอย่างชัดเจน[5]

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการประเมินผลของ CIPP Model มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และใช้เป็นข้อมูลประกอบในการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข 5 ปี ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluative Research)โดยใช้รูปแบบการประเมินผลรูปแบบซิปป์ (CIPP model) ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน ตุลาคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 76 คน ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 40 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 18 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับเพศ ตำแหน่งทางวิชาการ ประสบการณ์การทำงานด้านนโยบายและแผน และช่องทางการรับรู้ นโยบาย/แผนสู่การปฏิบัติ

ตอนที่ 2 ประกอบด้วย 1) ความคิดเห็นด้านบริบท (Context Evaluation : C) คือแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 7 ข้อ 2) ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) คือแบบสอบถามเกี่ยวกับบุคลากร จำนวน 4 ข้อ งบประมาณ จำนวน 5 ข้อ และระบบเทคโนโลยี จำนวน 2 ข้อ 3) ความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process Evaluation : P) คือแบบสอบถามเกี่ยวกับการนำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สู่การปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ และการกำกับ ติดตามและประเมินผล จำนวน 3 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ในการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคำนวณอันตรภาคชั้น ตามวิธีการ

ของเบสต์[6]

ตอนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และข้อเสนอแนะ โดยข้อคำถามมีลักษณะปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

2. เอกสารรายงานผลการดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เป็นแบบรายงานที่ใช้ในการประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) จากการประเมินผลการดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดและกำหนดผลการประเมินเป็น “ผ่าน” และ “ไม่ผ่าน”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.84 จากนั้น ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ได้ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยระบุในแบบสอบถามออนไลน์ จากนั้นเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยส่งหนังสือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแนบ QR code แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในทุกๆ วัน หากได้จำนวนแบบสอบถามครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขอนุมัติ SKN REC 2024-116 โดยผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานเป็นภาพรวมและใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.26 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางวิชาการเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 69.74 ประสบการณ์การทำงานด้านนโยบายและแผนส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การทำงานด้านนโยบายและแผน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.16 มีค่าเฉลี่ยประสบการณ์การทำงานด้านนโยบายและแผน 9.43 ปี (SD. = 5.63) ช่องทางการรับรู้นโยบาย/แผนสู่การปฏิบัติ ส่วนใหญ่รับรู้นโยบาย/แผนสู่การปฏิบัติ ผ่านช่องทางการประชุมชี้แจง จำนวน ร้อยละ 59.21 ดังแสดงผลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา (n=76)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	42	55.26
หญิง	34	44.74
2. ตำแหน่งทางวิชาการ		
แพทย์	1	1.31
ทันตแพทย์	1	1.31
เภสัชกร	2	2.63
นักวิชาการสาธารณสุข	53	69.74
พยาบาลวิชาชีพ	13	17.12
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	5	6.58
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	1	1.31
3. ประสบการณ์การทำงานด้านนโยบายและแผน		
1-5 ปี	27	35.52
6-10 ปี	20	26.32
11 ปีขึ้นไป	29	38.16
Mean = 9.43 (SD. = 5.63)		
4. ช่องทางการรับรู้นโยบาย/แผนสู่การปฏิบัติ		
การประชุมชี้แจง	45	59.21
หนังสือเวียนทางราชการ	27	35.53
สื่อทางสังคมออนไลน์	4	5.26

2. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านบริบท (Context Evaluation : C) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 (SD. = 0.49) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (SD. = 0.46) อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านกระบวนการ (Process Evaluation: P) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 (SD. = 0.31) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (n=76)

การประเมินผลการดำเนินงาน	Mean	SD.	ระดับ
- ด้านบริบท (Context Evaluation : C)	3.31	0.49	ปานกลาง
- ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I)	2.87	0.46	ปานกลาง
- ด้านกระบวนการ (Process Evaluation : P)	3.13	0.31	ปานกลาง

3. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) จำแนกรายยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับภาคีเครือข่าย มีจำนวน 11 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 81.82 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ มีจำนวน 19 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 16 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 84.21 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสู่องค์กรคุณภาพ มีจำนวน 2 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 1 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล มีจำนวน 19 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 8 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 88.89 และยุทธศาสตร์ที่ 5 ยกระดับการจัดการสมุนไพรอย่างเป็นระบบครบวงจร จำนวน 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังแสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำแนกตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P)	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับภาคีเครือข่าย	11	9	81.82
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการ	19	16	84.21
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรสู่องค์กรคุณภาพ	2	1	50.00
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล	9	8	88.89
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยกระดับการจัดการสมุนไพรอย่างเป็นระบบครบวงจร	3	3	100.00
รวมตัวชี้วัดทั้งหมด	44	37	84.09

4. ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 คน โดยสามารถจำแนกปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ประเด็นด้านบริบท ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร คือ แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนครยังไม่เกิดจากการวิเคราะห์ปัญหา

ขาดการมีส่วนร่วม และส่วนใหญ่เป็นงานนโยบายในลักษณะจากหน่วยงานส่วนกลางลงมาสู่ผู้ปฏิบัติงาน 2) ประเด็นเรื่องปัจจัยนำเข้า ซึ่งเกี่ยวข้องกับ บุคลากร งบประมาณ ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร คือ บุคลากรในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนครไม่เพียงพอ และบุคลากรไม่ครบตามกรอบโครงการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด งบประมาณไม่เพียงพอ ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีเพียงงบค่าสาธารณูปโภคเท่านั้น

วิจารณ์

จากสรุปผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลตามองค์ประกอบของ CIPP Model คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. จากผลการประเมินด้านบริบท (Context Evaluation : C) คือ ความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของหน่วยงานใน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาแยกเป็นรายข้อจะพบว่า ในคำถาม “เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข” และ “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข” มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับน้อย ซึ่งถือได้ว่ากระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นหัวข้อที่ความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา[7] ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จะมีความสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมในด้านการรับประโยชน์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมเห็นคุณค่าในตนเองและคุณค่าในงานที่ปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานนั้นๆสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

2. จากผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมิน บุคลากร งบประมาณ และระบบเทคโนโลยี ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาแยกเป็นรายข้อจะพบว่า ในคำถาม “มีการจัดสรรบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข” และ “งบประมาณที่ได้รับเพียงพอต่อการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข” อยู่ในระดับน้อย และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่พบว่า ส่วนใหญ่คือปัญหาด้านบุคลากร และงบประมาณเช่นกัน ซึ่งทั้งสองปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยภายในองค์กร และเครื่องมือหลักในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรปัจจัยภายในองค์กรที่มีอิทธิพลสูงสุด ได้แก่ ด้านบุคลากร รองลงมาคือ ด้านโครงสร้างองค์กร สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ได้ถึงมากถึงร้อยละ 53.7[8]

3. จากผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมิน การนำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครสู่การปฏิบัติ และการกำกับ ติดตามและประเมินผล ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในข้อคำถาม “มีการกำกับติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาสอย่างสม่ำเสมอ” อยู่ในระดับมาก เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีระบบการกำกับ ติดตามในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) ทุกเดือน นอกจากนี้ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ยังได้มีการกำกับติดตามผ่านกลุ่มแอพพลิเคชั่นไลน์ ที่เชื่อมโยงกับผู้รับผิดชอบระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) คือ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทั้ง 44 ตัวชี้วัด มีผลการประเมิน “ผ่าน” มากถึง ร้อยละ 84.09 ในส่วนของตัวชี้วัดที่มีผลการประเมิน “ไม่ผ่าน” นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับภาคีเครือข่าย (ไม่ผ่าน 3 ตัวชี้วัด) และยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ (ไม่ผ่าน 3 ตัวชี้วัด) ซึ่งทั้งสองยุทธศาสตร์นั้นเป็นยุทธศาสตร์ที่มีตัวชี้วัดมากที่สุด โดยมีการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้มีการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง[9] ผลการศึกษาได้ระบุว่าควรลดจำนวนตัวชี้วัดในการประเมินผลและให้พิจารณาหาตัวชี้วัดที่เหมาะสม และชัดเจนและสามารถนำไปวัดผลการปฏิบัติงานได้จริง หรืออาจจะพิจารณาเลือกตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ที่จำเป็นด้านนโยบาย อาจวัดที่ OUT COME หรือผลกระทบเพราะตัวชี้วัดบางตัวเป็นการวัดด้านกระบวนการทำงาน หรือให้พิจารณาตัวชี้วัดที่ปฏิบัติยาก หรือตัวชี้วัดที่มีการตกลงความร่วมมือ (MOU) หรือตัวชี้วัดที่ต้องใช้ความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นเป็นจำนวนมาก ควรโดยให้ตัวชี้วัดนั้นมีค่าน้ำหนักมาก เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดกระบวนการดำเนินงาน ในบางตัวชี้วัดต้องใช้เวลามากในการดำเนินการ ดังนั้นการประเมินผลตัวชี้วัดอาจจะต้องประเมินผลลัพธ์ในระยะต่อเนื่อง เพื่อดูแนวโน้มของผลลัพธ์นั้น หรือปรับตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดที่ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล ได้หรือไม่มีการวัดผล งานและไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์

2. ควรเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนให้กับบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุม สัมมนา หรือช่องทางอื่นๆ อย่างทั่วถึงและเหมาะสม และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

3. ควรบริหารจัดการอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่บุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และคณะผู้บริหารทุกท่าน ที่ช่วยให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและเสนอแนะแนวทางการวิจัย จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีและขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ทำให้การวิจัยเสร็จสิ้นทันภายในเวลาที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 141 ตอนที่ 12 ก (ลงวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2567). [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม2567]. เข้าถึงได้จาก: https://stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/no
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566.
3. รติวัน พิสัยพันธ์, ศิวพร เลยวานิชย์เจริญ. การพัฒนา

รูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2567;31(1):122-33.

4. เอกรินทร์ อ่วมอุ่ม, ภคพร กลิ่นหอม. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2565;2(1):28-46.
5. ทรรศวิช คำเจริญ, วรางคณา จันทร์คง, สมโภช รติโอฬาร. การประเมินผลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1): 368-79.
6. Best J W. Research in Education. New Jersey: Prentice – Hall; 1891.
7. พงศธร โตสังวาล, ประจักร บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566;29(3):37-55.
8. การบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลย่านตาขาว อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
9. นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์. การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;6(1):90-107.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effects of a health literacy enhancement program for Unintended Pregnant Prevention among Patients Received Treatment at the Teenage Clinic, Roi Et Hospital

เทียมจิตต์ กัญยวงศ์หา*

Tiemjit Kanyawongha

Corresponding author: E-mail; tiemjit1412@gmail.com

(Received: November 4, 2024; Revised: November 10, 2024; Accepted: December 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้รับบริการเพศหญิงที่มารับบริการคุมกำเนิดทุกประเภทในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อายุมากกว่า 18 ปี หรือหากต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการระหว่าง เดือน มิถุนายน – เดือน ตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา Paired sample t-test และ Independent t- test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมดีขึ้น จึงควรขยายผลการดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยติดสารเสพติด หรือติดสุรา เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ไม่พร้อม; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the effects of a health literacy enhancement program for Unintended Pregnant Prevention among Patients Received Treatment at the Teenage Clinic, Roi Et Hospital.

Study design : Quasi-experimental research.

Material and Methods : The sample group was a female service recipients who come to receive all types of contraception at the Teenage Clinic, Roi Et Hospital. Service recipients over 18 years of age, or if under 18 years of age, must have parental consent. Experimental group of 30 people and a control group of 30 people. The research was conducted between 1 June – 31 October 2024. The tools used in the research are 1) the tool used in the experiment was a health literacy enhancement program and 2) the tool used to collect data is a general information questionnaire, health literacy assessment form and a behavioral measure to prevent unplanned pregnancy. Statistics used in the analysis include descriptive statistics and inferential statistics, Paired sample t-test and Independent t-test $p< .001$.

Main finding : After the experiment, the experimental and control groups. There was a statistically significant difference in the mean score values of health literacy ($p< .001$). Prevent unintended pregnancy after the experiment, the experimental and control groups, there was a statistically significant difference in mean score behavior (<.001).

Conclusion and recommendations : Health literacy enhancement program for unintended pregnant prevention. As a result, the sample group will have better health literacy. Behavior to prevent unplanned pregnancy has improved. The research results should be expanded to other groups of patients, who must change their behavior, such as patients addicted to drugs or alcohol in order to solve concrete health problems.

Keyword : Unintended Pregnant; Health literacy; Behavior modification

*Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ตัวชี้วัดที่ 3.7 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ซึ่งจากข้อมูลอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10 - 14 ปี พันคน ลดลงจาก 1.4 ต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 0.85 ต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2566 โดยสถานการณ์การคลอดมีชีพของประเทศไทยตั้งแต่มีการบังคับใช้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 จนปัจจุบัน[1]

ประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ และคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง และพบว่ามีอายุของหญิงตั้งครรภ์ที่ลดลง ในปี พ.ศ. 2555 มีหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์เฉลี่ย 374 คนต่อวัน หรือมีวัยรุ่นตั้งครรภ์ 15 คน ใน 1 ชั่วโมง โดยพบว่า วัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย10 ปี และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าในช่วงเดือนมกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2556 มีจำนวนของเด็กที่เกิดจากหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงถึง 85,306 คน (ร้อยละ 17.73 ของการเกิดทั้งหมด) และในส่วนนี้ทารกจำนวน 2,188 คน เกิดจากมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี[1] ปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นไทย โดยสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมนี้ยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิผล และเป็นรูปธรรม ทำให้แนวโน้มของอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทยยังมีความไม่ชัดเจนถึงทิศทางที่จะเปลี่ยนไปในอนาคตดังรายงานการสำรวจพบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยนั้นเริ่มมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในระหว่าง พ.ศ. 2546-2555 โดยอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน เพิ่มจาก 39.2 เป็น 53.4 ส่วนอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน เพิ่มจาก 0.7 เป็น 1.8 ซึ่งทำให้ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับของวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นอันดับต้นๆ ของโลก[2]

ประเทศไทยที่มีความรุนแรงของปัญหาอย่างต่อเนื่องที่ส่งผลกระทบนำไปสู่ภาวะด้อยคุณภาพหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก/บุตรในครรภ์ ครอบครัว ชุมชนสังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำแท้งด้วยวิธีการที่ไม่ปลอดภัย และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่สำคัญเป็นความเสี่ยงจากการทำแท้งผิดกฎหมาย โดยเฉพาะในประเทศที่มีข้อจำกัดทางด้านกฎหมายและการเข้าถึงบริการการทำแท้งที่ปลอดภัย โดยกฎหมายไม่อนุญาตให้มารดาที่ไม่พร้อมตั้งครรภ์ สามารถรับบริการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกกฎหมายนั้น จะทำให้การเข้าถึงบริการทำได้ยาก ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งจากสถานบริการที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่ปลอดภัยจึงมีมากขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวได้รับความอับอายและมีปัญหาเศรษฐกิจ พ่อแม่ที่มีลูกตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะรู้สึกอับอาย ผิดหวังและเสียใจ ผู้ปกครองอาจให้วัยรุ่นออกจากโรงเรียนและแต่งงานเพื่อรักษาชื่อเสียง จากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ขาดวุฒิภาวะ ขาดประสบการณ์ ขาดชีวิตอิสระและไม่มีงานที่ดี รายได้ไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจกลายเป็นภาระของพ่อแม่ทั้งสองฝ่าย ผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขไทย เป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศในอันดับต้นๆ ของโลกที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม[2] การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นจำนวนมากเช่นนี้ อาจจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในอนาคตได้

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ค่าเป้าหมายคือไม่เกิน 1.0 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตรา 0.94 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ซึ่งบรรลุ

เป้าหมาย และเมื่อเปรียบเทียบรายจังหวัด จังหวัดร้อยเอ็ด, มหาสารคาม, ขอนแก่น มีผลงานบรรลุเป้าหมาย คือ 0.43, 0.67 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดขอนแก่น และกาฬสินธุ์ไม่บรรลุเป้าหมายคือ 1.29 และ 1.35 ตามลำดับ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปีค่าเป้าหมายคือ ไม่เกิน 27 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยในไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตรา 19.64 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งบรรลุเป้าหมาย และเมื่อเปรียบเทียบรายจังหวัดพบว่าทุกจังหวัดใน เขตสุขภาพที่ 7 มีผลงานบรรลุเป้าหมาย โดยจังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด ขอนแก่น และกาฬสินธุ์ มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี 12.85, 20.24, 21.56 และ 22.74 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและตัดสินใจทำแท้ง มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ รองลงมาจำนวน 1 ใน 3 เป็นปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านอายุและจำนวนบุตร แต่อีกส่วนหนึ่ง คือ ร้อยละ 26.8 ยังเป็นนักเรียนนักศึกษา และร้อยละ 23.8 เคยทำแท้งมาก่อน จากการสำรวจของกรมอนามัย เมื่อปี พ.ศ. 2542 พบว่าร้อยละ 28.5 ของการแท้งทั้งหมดเกิดจากการทำแท้ง หรือจำนวน 13,090 คน จากสตรีจำนวน 45,990 คน คิดเป็น 19.54 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ครึ่งหนึ่งของการทำแท้งเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี อีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ใหญ่ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต และพบการเสียชีวิตจากการทำแท้ง ประมาณ 20 - 28 คน ต่อปี เสียค่าใช้จ่าย ประมาณ 100 ล้านบาทต่อปี (ประมาณการค่าใช้จ่าย 21,024 บาทต่อครั้ง)[3]

คลินิกวัยใส เปิดให้บริการที่ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติจุฬาภรณ์ ให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพ อนามัยเจริญพันธุ์ ตรวจเลือด ที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู แบบองค์รวม ผสมผสานและปกป้องสิทธิผู้รับบริการจัดทำระบบบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ มีระบบการรับ การส่งต่อองค์กรเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนรักษาต่อเนื่อง สถิติผู้รับบริการเมื่อปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับบริการจำนวน 393 ราย 450 ราย และ 772 ราย ตามลำดับ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะกับวัยรุ่นเป็นการให้การปรึกษาทางเลือกและเป็นการเสริมพลังและความเข้มแข็งแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเข้าใจ เห็นใจ ไม่ตัดสินผิดถูก รักษาความลับและไวต่อความต้องการของผู้รับบริการที่สำคัญ คือ จะต้องเน้นถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันเวลาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อการวางแผนครอบครัว จากข้อมูลดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้การปรึกษา และความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้รับบริการในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จึงได้ดำเนินการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนาการให้บริการให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) 2 กลุ่มวัดผลสองครั้ง (Two Group Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้รับบริการเพศหญิง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 – 31 ตุลาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้รับบริการเพศหญิง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 – 31 ตุลาคม 2567 จำนวน 60 คน

โดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้รับบริการเพศหญิง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 – 31 ตุลาคม 2567
2. ผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 18 ปี หรือหากต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง
3. ผู้รับบริการที่ไม่ตั้งครรภ์
4. เป็นผู้ที่มารับบริการคุมกำเนิดทุกประเภทในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
5. สามารถอ่านภาษาไทย สื่อสารภาษาไทยได้ดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยและยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้มารับบริการที่ตั้งครรภ์ จะไม่ได้รับการคัดเข้าในการศึกษาครั้งนี้
2. ผู้รับบริการที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง
3. ผู้รับบริการที่โรคประจำตัว และมีปัญหาทางด้านจิตเภท

เกณฑ์การถอน (Withdrawal)

1. อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากโครงการ
2. อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-ß}\right)^2}{\left(\frac{\delta_{Difference}}{\sigma_{Difference}}\right)^2} + \frac{Z^2_{1-\alpha/2}}{2}$$

โดยกำหนดค่า Alpha (a) = 0.05, Beta (ß) = 0.2, Mean of difference = 0.3, Standard deviation of difference = 0.4 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ต่อกลุ่ม ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีทั้งหมด 60 ราย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. สำรวจผู้รับบริการเพศหญิง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้จำนวน 60 รายตามการคำนวณขนาดตัวอย่าง
3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[4] ประกอบด้วยการสร้างความรอบรู้ 3 ขั้นตอน 1) ขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ Interactive Health Literacy) และ 3) ขั้นวิจารณญาณ (Critical health Literacy) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นฉบับของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[5] (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2015)

มีเกณฑ์การให้คะแนน จาก 1 – 5 คะแนน จากไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน ถึงปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ วนิดา พิงสระน้อย โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุด ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากสูตร

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{5}$$

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนได้ ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของวิเชียร เกตุสิงห์[6] ดังนี้

1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ

2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

3.68-5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน มีความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

1.1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นฉบับของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข5 (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.83

1.2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.91

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงเนื้อหา และทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coeficient) เท่ากับ 0.84

2.2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม วิเคราะห์ความเที่ยงโดยวิธี test-Retest Reliability ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นก่อนการทดลอง

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารแล้ว จึงดำเนินการดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประชุมเพื่อวางแผนและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการวิจัย เช่น การสร้างกลุ่มออนไลน์ เป็นต้น

3. จัดทำคู่มือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

4. ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ขั้นตอนการขอความยินยอม

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย

รายละเอียดขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่อาสาสมัคร และผู้ปกครองของอาสาสมัคร เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร โดยการยินยอมเข้าร่วมโครงการ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองของอาสาสมัครร่วมด้วย

ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นพื้นฐาน การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

สัปดาห์ที่ 1 อภิปรายกลุ่มย่อย แนะการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ณ ห้องประชุมเล็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย กิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ การเข้าร่วมโครงการ ชี้แจงขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งให้อาสาสมัครตัดสินใจได้ภายใน 1 สัปดาห์

2. นัดหมาย การวางแผนการดำเนินงานและลงนามเข้าร่วมโครงการ

3. อธิบายขั้นตอนการทำแบบสอบถาม

4. อาสาสมัครทำแบบทดสอบ Pre- test

5. อาสาสมัครเข้าร่วมกลุ่มใน แอพลิเคชั่นไลน์

สัปดาห์ที่ 2 อภิปรายกลุ่มย่อย สร้างส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุม ประกอบด้วยอาสาสมัครและคณะผู้วิจัย โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ใช้สื่อการสอน แผ่นพับความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2. สอนการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยใช้สื่อวีดีโอ

3. สรุป การป้องกันภาวะที่เกิดจากพฤติกรรมการเสี่ยง

4. ผู้วิจัยสร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอพลิเคชั่นไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ ดังนี้

1. ผู้วิจัยสาธิตและสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเตอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube การใช้คำสืบค้น เช่น การป้องกัน การคุมกำเนิด เป็นต้น

2. ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันสืบค้นผ่านโทรศัพท์

3. ประชุมกลุ่มย่อย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

4. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล หน้าห้องประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

5. ผู้วิจัยประเมินผลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามจากการสืบค้นข้อมูล

6. ผู้วิจัย ใช้เทคนิค 1 คำถามในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ“พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์” เป็นแนวทางการจัดการตนเอง

7. ผู้วิจัยแจกกระดาษเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายบุคคลและตอบโจทย์คำถาม

8. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยมีโจทย์คำถาม คือ เราจะทำอย่างไรกับพฤติกรรมที่เหมาะกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

9. แจกคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ Interactive Health)

สัปดาห์ที่ 4 ร่วมกันอภิปราย ทักษะการสื่อสารโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร (Participatory Learning) ดังนี้

1. ร่วมกันอภิปราย วิเคราะห์ สังเคราะห์การจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมผ่านกลุ่มไลน์ ส่งต่อข้อมูลให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2. อภิปรายกลุ่มย่อยและสรุปผล

3. นำเสนอผลการอภิปราย และแลกเปลี่ยนข้อมูล

สัปดาห์ที่ 5 อภิปรายกลุ่ม ทักษะการรู้

เท่าทันสื่อ ดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้ข้อความโฆษณาการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน และให้กลุ่มช่วยกันระดมความคิดเห็นและถ่ายทอดผ่านออนกระดาษเขียนแบบและนำเสนอรายกลุ่ม

2. อภิปรายกลุ่ม สังเคราะห์ วิเคราะห์ความถูกต้อง น่าเชื่อถือ หรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง

3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่มเรื่องการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์

4. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์การอาหารและยามูลนิธิหมอชาวบ้าน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy)

สัปดาห์ที่ 6 อภิปรายกลุ่ม การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ ดังนี้

1. ผู้วิจัยสอน การใช้ทางอินเตอร์เน็ต และเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือ วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในอินเตอร์เน็ต วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ

2. ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 7 อภิปรายกลุ่ม การตัดสินใจเลือกแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ ดังนี้

1. ร่วมกันอภิปราย วิเคราะห์ สังเคราะห์การเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. การตัดสินใจด้วยเหตุผล

3. ประเมินผลหลังร่วมกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หมายเลขโครงการ RE106/2567 ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อบังคับด้านจริยธรรมการวิจัย โดยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด บันทึกข้อมูลการวิจัยทั้งหมดโดยการใช้รหัส (Code) ข้อมูลของอาสาสมัครถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลโดยการสรุปภาพรวมของการวิจัย มีการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และมีการวางแผนแก้ไขหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ และพฤติกรรมภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pair t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (100.00%) อายุเฉลี่ย 17.60 ปี (SD. = 3.28) สถานภาพโสด (90.00%) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (90.00%) เป็นนักเรียน/นักศึกษา (46.70%) กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (100.00%) อายุเฉลี่ย 19.16 ปี (SD. = 4.94) สถานภาพโสด (86.70%) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (83.30%) และเป็นนักเรียน/นักศึกษา (30.00%)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำแนกเป็นรายด้าน

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.58, SD. = 0.22) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับดี (Mean= 4.75, SD. = 0.26) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean(SD.)	แปลผล	Mean(SD.)	แปลผล
กลุ่มทดลอง				
ทักษะความเข้าใจข้อมูล	2.57(0.53)	ปานกลาง	4.79(0.30)	ดี
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	2.67(0.38)	ปานกลาง	4.83(0.22)	ดี
ทักษะการจัดการตนเอง	2.68(0.29)	ปานกลาง	4.67(0.34)	ดี
ทักษะการสื่อสาร	2.75(0.47)	ปานกลาง	4.72(0.22)	ดี
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	2.32(0.50)	ปานกลาง	4.73(0.38)	ดี
ทักษะการตัดสินใจและเลือก	2.48(0.37)	ต่ำ	4.79(0.29)	ดี
ภาพรวม	2.58(0.22)	ปานกลาง	4.75(0.26)	ดี
กลุ่มควบคุม				
ทักษะความเข้าใจข้อมูล	2.36(0.36)	ปานกลาง	2.82(0.65)	ปานกลาง
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	2.40(0.29)	ปานกลาง	2.80(0.47)	ปานกลาง
ทักษะการจัดการตนเอง	2.47(0.24)	ปานกลาง	2.73(0.38)	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสาร	2.71(0.51)	ปานกลาง	2.76(0.52)	ปานกลาง
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	2.37(0.49)	ปานกลาง	2.35(0.63)	ปานกลาง
ทักษะการตัดสินใจและเลือก	2.32(0.28)	ต่ำ	2.45(0.36)	ปานกลาง
ภาพรวม	2.43(0.12)	ปานกลาง	2.65(0.30)	ปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายในกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2.17 (95% CI ; 2.04 , 2.31) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมไม่แตกต่างกัน ($p = .002$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายในกลุ่ม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	2.58(0.22)	2.17	2.04, 2.31	< .001
หลังการทดลอง	30	4.75(0.26)			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการให้บริการปกติ	30	2.43(0.12)	0.21	0.09, 0.34	.002
หลังการให้บริการปกติ	30	2.65(0.31)			

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน (p = .004) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 4.75 (SD. = 0.26) กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 2.65 (SD. = 0.30) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.10 (95% CI ; 1.95, 2.24) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	2.58(0.22)	0.14	0.04 , 0.23	.004
กลุ่มควบคุม	30	2.43(0.12)			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	4.75(0.26)	2.10	1.95 , 2.24	< .001
กลุ่มควบคุม	30	2.65(0.30)			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 2.61 (SD. =0.25) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 4.56 (SD. = 0.26) (95% CI ; 1.84, 2.07) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (p = .063) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายในกลุ่ม

พฤติกรรม	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	2.61(0.25)	1.95	1.84 , 2.07	< .001
หลังการทดลอง	30	4.56(0.26)			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการให้บริการปกติ	30	2.41(0.41)	0.50	0.31 , 0.69	.063
หลังการให้บริการปกติ	30	2.91(0.40)			

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการคลินิกวัยใส ไม่แตกต่างกัน (p = .032) โดยมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 0.19 คะแนน (95% CI ; 0.01 , 0.37) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการคลินิกวัยใส มากกว่ากลุ่มควบคุม (p < .001) โดยมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 1.65 คะแนน (95% CI ; 1.47, 1.82) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	2.61(0.25)	0.19	0.01 , 0.37	.032
กลุ่มควบคุม	30	2.41(0.41)			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	30	4.56(0.26)	1.65	1.47 , 1.82	<.001
กลุ่มควบคุม	30	2.91(0.40)			

วิจารณ์

1. โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรัน เฮาะมะ[7] ซึ่งได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับนักศึกษาผู้หญิง คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา พบว่า นักศึกษามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระดับดีมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จงรัก สุวรรณรัตน์ และกรฐณธัช ปัญญาใส[8] ได้ศึกษาประสิทธิภาพของความรอบรู้ ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรอบรู้

ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงเพิ่มขึ้นจากการวัดซ้ำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้ เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์จากการวัดซ้ำแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังการติดตามกลุ่มตัวอย่างมีผลการตรวจการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ในปัสสาวะ ไม่พบการตั้งครรภ์และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมความรอบรู้ ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับมากที่สุด

2. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้รับบริการในคลินิกวัยใส โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น หลังได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิดา ผาติเสนะและคณะ[9] ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 44.7) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช ตั้งนรกุล[10] ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า พฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับดีมาก และความรอบรู้ด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำเป็นต้องมีการขยายขอบเขตการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆ และต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์มีความยั่งยืน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และขยายผลการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการที่อยู่ในวัยอื่นๆ เช่น วัยผู้ใหญ่ หรือวัยทำงาน เป็นต้น

2. ข้อเสนอด้านการพยาบาล นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมการเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้การบริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1
2. สมดี อนันต์ปฏิเวธ, สุหรี หนุ่ยอาหลี, ปรียะดา ภัทรสัจจธรรม. วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม : ผลกระทบแนวโน้มและการช่วยเหลือในสังคมโลกไร้พรมแดน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561;11(1):16-31.
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธ์ กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th /th/adolescent-mothers-birth-statistics/4729#wow-book/
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259–67.
5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ; 2556.
6. วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแบ่งความหมาย: เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยการศึกษา; 2538.
7. นุสรัน เฮาะมะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับนักศึกษาผู้หญิง

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2561.

8. จงรัก สุวรรณรัตน์, กรฐณธัช ปัญญาใส. ประสิทธิภาพของความรอบรู้ ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2560;5(1):60-71.
9. ธนิดา ผาติเสนะ, จิรารัตน์ วิเศษสัตย์, ธิดาพร งวดชัย, อัจฉราพรรณ ไทยภักดี. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์. 2565;20(1):71-81.
10. ปริยานุช ตั้งนรกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารแพทย์นาวี. 2562;46(3):607-20.

ผลการตรวจวัดไขมันชนิดของ LDL- Cholesterol โดยวิธี Direct กับวิธีการใช้สูตรคำนวณ Friedewald ของผู้มารับบริการ ตามแนวทางการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล RLU (LDL-Cholesterol analysis results by Direct method and using Friedewald calculation formula according to the Rational Laboratory Use RLU guideline)

กนิษฐา นิลผาย*
Kanistha Nilphai
Corresponding author: E-mail: Kanisrtha087@gmail.com
(Received: November 5, 2024; Revised: November 12, 2024; Accepted: December 10, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับ LDL-cholesterol ค่าที่ได้จาก สูตรคำนวณของ Friedewald เปรียบเทียบกับการวัดค่า LDL-cholesterol โดยตรงจากเครื่องตรวจอัตโนมัติ

รูปแบบการวิจัย : กึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่ตรวจ Lipid profile ที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2566 ได้จากการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติจำนวนกลุ่มละ 472 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ระบบ LIS เครื่องตรวจอัตโนมัติ สูตรคำนวณของ Friedewald G*program การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบแบบ Independent t- test ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ที่ระดับ Triglyceride <100,100-199.200-299, 300-399,400 mg/dl

ผลการวิจัย : การวัด LDL- cholesterol โดยตรงกับการคำนวณพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r=0.995, 0.986, 0.947, 0.914 เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างดีมาก ทั้งสองวิธีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001, p<.001, p=.014, p=.021) สามารถใช้แทนกันได้ ในช่วงความเข้มข้น Triglyceride < 400 mg/dl ในขณะที่ค่า Triglyceride > 400 mg/dl พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .096) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลดลงมาก r= 0.665 ทำให้การวิเคราะห์ LDL- cholesterol โดยคำนวณใช้สูตร Friedewald มีความคลาดเคลื่อนมาก จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจวัด LDL- cholesterol โดยตรง

สรุปและข้อเสนอแนะ : วิธีคำนวณมีความสัมพันธ์กันดีกับวิธี Direct สามารถใช้แทนกันได้ที่ Triglyceride < 400 mg/dl แต่ระดับ Triglyceride > 400 mg/dl ควรตรวจหาค่า LDL- cholesterol โดยใช้วิธีวัดโดยตรงจากเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติจะมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องมากกว่าประโยชน์จากการศึกษานี้ ช่วยลดรายจ่ายในการจัดซื้อน้ำยาตรวจวัดค่า LDL- cholesterol คิดเป็นเงิน เท่ากับ 111,000 บาท ราคาต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ลดลงร้อยละ 2.92

คำสำคัญ : LDL-cholesterol; Lipid profile; RLU

*นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

Abstract

Purposes : To study level LDL-cholesterol values obtained from Friedewald calculation formula are compared with the measurement. LDL-cholesterol directly from the automatic detector.

Study design : Quasi – Experimental Research.

Materials and Methods : The sample group were patients who received lipid profile testing at the outpatient clinic. Thung Khao Luang Hospital between 1 July 2023 to 30 September 2023, obtained from simple random sampling according to qualifications, numbering 472 people per group. Tools used in the research include the LIS system, automatic examination machine, Friedewald calculation formula G*program collects data using laboratory results records and analyzes the data using statistics: percentage, mean, and standard deviation. And Independent t- test, correlation coefficient. At the Triglyceride level <100,100-199.200-299,300-399,400 mg/dl.

Main findings : Measuring LDL-cholesterol directly with calculations revealed that the correlation coefficients were r=0.995, 0.986, 0.947, 0.914, very well in the same direction. The two methods have a statistically significant relationship (p<.001, p<.001, p=.014, p=.021). Can be used interchangeably in the concentration range Triglyceride < 400 mg/dl, while Triglyceride values > 400 mg/dl were found to be statistically significantly different (p= .096). The correlation coefficient was greatly reduced, r= 0.665, making the analysis of LDL- Cholesterol calculated using the Friedewald formula has large inaccuracies. Therefore, a direct method for measuring LDL-cholesterol is required.

Conclusion and recommendations : The calculation method has a good relationship with the method. Direct can be used interchangeably. At Triglyceride < 400 mg/dl but Triglyceride level > 400 mg/dl, LDL-cholesterol should be measured using a direct measurement method from an automatic analyzer to be reliable. More correct Benefits from this study Helps reduce expenses in purchasing LDL-cholesterol measurement solution, equivalent to 111,000 baht. Cost of medical science materials decreased by 2.92 percent.

Keywords : LDL-cholesterol; Lipid profile; RLU

*Medical Technologist Department of Medical Technology Thung Khao Luang Hospital.

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary vascular disease: CVD) เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงอันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยพบว่าประชากรจำนวน 17.3 ล้านคน[1] ปัจจุบันปัญหาด้าน Metabolic syndrome ที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารประเภทไขมันชนิดต่างๆ ที่เกิดในกระบวนการทำงานของร่างกาย ได้แก่ Cholesterol, Triglyceride, HDL- Cholesterol (Highdensity lipoprotein cholesterol) และ LDL- Cholesterol (Low-density lipoprotein cholestero)[2] โดย LDL มีหน้าที่หลักในการขนส่งคอเลสเตอรอลและสารประเภทไขมันอื่นๆ ในร่างกาย การมีระดับ LDL- Cholesterol ในเลือดที่สูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงและสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรคหัวใจและหลอดเลือดนับเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของคนไทย ลำดับที่ 3 ของประชากรหรือมากกว่า 30,000 คนต่อปี[3] ดังนั้น LDL ในบางครั้งจึงถูกเรียกว่าเป็น ไขมันชนิดเลว[4] ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและผู้สูงอายุ การควบคุมระดับ LDL- cholesterol สามารถช่วยป้องกันการเกิดหลอดเลือดตีบและอุดตันได้[5] กำหนดมาตรฐานระดับของไขมัน LDL-cholesterol ในเลือดโดยสมาคม NCEP[6] mg/dl ถือว่าเป็นระดับที่ดีที่สุด แม้ว่าระดับที่ยอมรับได้ จะอยู่ที่น้อยกว่า 129 mg/dl การตรวจวิเคราะห์ค่า LDL-cholesterol โดยตรงทำได้หลายวิธี เช่น วิธี Electrophoresis, Chromatography[7] แต่วิธีที่กล่าวมา เป็นวิธีที่ยุ่งยากซับซ้อน หลายขั้นตอนและใช้เวลานาน ไม่เหมาะกับการใช้ในงานวิเคราะห์ประจำวัน จึงมีการคิดและนำสูตรคำนวณของ Friederwald มาใช้ในการวัดระดับ LDL-cholesterol กันอย่างแพร่หลาย โดยใช้สูตรในการคำนวณคือ (LDL-cholesterol = Total Cholesterol - HDL-cholesterol - Triglyceride/5) โดยหน่วยทั้งหมดที่ใช้เป็น mg/dl[8] ซึ่งการคำนวณนี้เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และราคาถูก แต่มีข้อกำหนดว่าผู้ที่ได้รับการตรวจจะต้องงดอาหารอย่างน้อย 10 - 12 ชั่วโมง และมีค่าการตรวจ Triglyceride ไม่สูงกว่า 400 mg/dl หรือต่ำกว่า 50 mg/dl ถือว่า LDL ที่ตรวจมีผลที่น่าเชื่อถือ การตรวจสุขภาพประจำปีไม่สามารถเบิกค่าตรวจ LDL-cholesterol ได้ และ การวัดค่า LDL-cholesterol โดยตรงมีราคาค่อนข้างแพงกว่าการวัดสารไขมันตัวอื่นๆ ทางห้องปฏิบัติการ จากความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ประเมินประสิทธิภาพ TPS การบริหารจัดการต้นทุนและค่าใช้จ่าย MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล F3 ทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ การทบทวนราคาตุ้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้เป็นไปตามราคาอ้างอิงของเขต 7 ทุกรายการ มีสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เกินความจำเป็นไม่สมเหตุผล RLU เช่น การตรวจ Lipid profile, A1C ไม่เกิน 90 วัน สั่งแลปชุด TFT ซึ่งมีราคาแพงทำให้ต้นทุนวัสดุการแพทย์สูงตามไปด้วย จึงมีแนวคิดที่จะนำเอาสูตรการคำนวณ หาระดับสาร LDL-cholesterol ตามสูตร ของ Friedewald formula จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับ จุฑาภรณ์ เอกาทศ[9] ด้วยวิธี Homogeneous enzymatic assayและวิธีวัดด้วยสูตรคำนวณ Friedewald ดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์เข้าในระบบ LIS (Laboratory Information System) เพื่อให้เกิดการคำนวณตามสูตรที่วางไว้ซึ่งจะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในส่วนต้นทุนของการทดสอบที่ต้องมีการวัดค่า LDL -cholesterol จากการทำปฏิกิริยาโดยตรงได้และยังสอดคล้องกับ กาญจนา กิจบูรณะ[10] ค่า LDL-C ในพลาสมาระหว่างวิธีการตรวจวัดโดยตรงและค่าที่ได้จากการคำนวณจากสูตรของ Friederwald มีความสัมพันธ์กันดีมากที่ระดับ Triglyceride น้อยกว่าหรือเท่ากับ 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยวิธีการ การศึกษานี้ ต้องการเปรียบเทียบ ค่า LDL-cholesterol ที่เกิดจากการคำนวณและค่าที่วัดได้โดยตรงจากการวิเคราะห์แต่ละช่วงค่า ด้วยเครื่องอัตโนมัติว่ามีความต่างกันเกินค่ ที่ยอมรับได้หรือไม่โดยใช้ค่า Total Allowable Error ของค่า LDL-cholesterol ซึ่งเท่ากับ 10% หรือ 7.73 mg/dl โดยนำข้อมูลผลการตรวจของผู้ป่วย DM HT ผู้ตรวจสุขภาพประจำปี 2566 ของผู้รับบริการและบุคลากรของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง มีจำนวนทั้งสิ้น 472 ราย มาวิเคราะห์เปรียบเทียบผล LDL-cholesterol โดย 2 วิธีดังกล่าวข้างต้น และเพื่อใช้

ในการติดตามระดับ LDL-cholesterol ว่าช่วงค่าที่ได้จาก สูตรคำนวณของ Friedewald เปรียบเทียบกับการวัดคำ LDL-cholesterol โดยตรง มีค่าใกล้เคียงกันเป็นที่ยอมรับทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญซึ่งค่า LDL-cholesterol ที่ได้จาก สูตรการคำนวณของ Friedewald formula จะสามารถช่วยลดการทดสอบ และสามารถนำมาใช้ทดแทนการวัดคำ LDL -cholesterol จากการทำปฏิกิริยาโดยตรงได้ เพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงของโรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ และไขมันในเลือดสูงต่อไป[11] ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2566 โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงมีอัตราการตรวจ LDL- cholesterol เพิ่มขึ้นทุกปีเท่ากับ 2054, 2157, 2593, 2905, 3110, 3310 ตามลำดับ การตรวจซ้ำ Lipid profile ไม่เกิน 90 วัน ปี 2564-2566 มีจำนวน 73,52,114 ครั้ง เป็นจำนวนเงิน 10,474.80, 7,461.80 และ 16,357.86 บาทตามลำดับ

ตารางที่ 1 เกณฑ์ระดับไขมันในกระแสเลือดที่กำหนดโดย NCEP (National Cholesterol Education Program)

ชนิดไขมัน	ระดับที่ยอมรับได้ mg/dl	ระดับกำกึ่ง mg/dl	ระดับเสี่ยงสูง mg/dl	ระดับเสี่ยงสูงมาก mg/dl	
cholesterol	100	100-200	200-300	300-400	>400
LDL-C	130	130-159	160	200	
HDL-C	60		< 35		
Triglyceride	150	150-199	200-300	300-400	>400

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับ LDL-cholesterol ค่าที่ได้จากสูตรคำนวณของ Friedewald เปรียบเทียบกับการวัดค่า LDL-cholesterol โดยตรงจากเครื่องตรวจอัตโนมัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อใช้ในการหาค่าระดับค่า LDL- cholesterol ของห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการที่ตรวจ Lipid profile คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 1,743 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้มารับบริการที่ตรวจ Lipid profile คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 472 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้มารับบริการที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันหิตสูง มาตรวจสุขภาพประจำปีที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง
2. ผู้ป่วยมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมาตรวจเลือดประจำปีที่คลินิกผู้ป่วยนอก ที่มีโรคอื่นร้ายแรงแทรกซ้อนระหว่างทำการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจได้

ขนาดตัวอย่าง กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวนค่า Effect size เท่ากับ 0.15 (ขนาดกลาง) อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1- β) เท่ากับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G*program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 472 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระบบสารเทศทางห้องปฏิบัติการ (LIS)
2. เครื่องตรวจอัตโนมัติ Sysmex BX4000
3. โปรแกรม HOSXP
4. สูตรคำนวณของ Friedewald
5. G*program

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกผลการตรวจ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล และ HN ไม่สามรถตรวจสอบกลับไปยังบุคคลนั้นได้
2. บันทึกผลใน Excel
3. แบบบันทึกโปรแกรม SPSS

ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยจัดเก็บตัวอย่างเลือดที่แพทย์สั่งตรวจผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ สำหรับตรวจระดับไขมันในเลือดจากผู้ป่วยรายเดียวกันจำนวน 472 ราย โดยทุกคนงดอาหารก่อนทำการเก็บตัวอย่างเลือดอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง ตัวอย่างเลือดเจาะจากเส้นเลือดดำใส่หลอดเลือดที่มีสารกันเลือดแข็ง Lithium Heparin

2.2 นำตัวอย่างเลือดเจาะจากเส้นเลือดดำ 2-3 มิลลิลิตรใส่หลอด Lithium Heparin ไปปั่นแยกพลาสมาด้วยเครื่อง Centrifuge (NUVE NF 200) ที่ความเร็วรอบ 3500 rpm /นาที เป็นเวลา 5 นาที

2.3 นำหลอดเลือดแยกพลาสมาแล้วมาตรวจหาปริมาณ Cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol และ LDL-cholesterol ซึ่งจะทำการตรวจวิเคราะห์หาระดับไขมันทุกวัน ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ SYSMEX BX4000 โดยใช้หลักการ Enzymatic Colorimetric Assay with Endpoint Method ในการตรวจตามมาตรฐานของเครื่องตรวจอัตโนมัติควรมีการทดสอบขั้นต่ำ 380 การทดสอบต่อชั่วโมงระดับ Cholesterol การตรวจวิเคราะห์ได้ตั้งแต่ 2-750 mg/dl

2.4 ทำการตรวจวิเคราะห์ Cholesterol, Triglycerides, HDL-Cholesterol และ LDL-Cholesterol ในสารควบคุมคุณภาพ Internal Quality Control เพื่อทำการควบคุมคุณภาพและความถูกต้องแม่นยำในการตรวจวิเคราะห์ โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติยี่ห้อ Sysmex รุ่น BX4000 น้ำยาตรวจทางเคมีคลินิก Cholesterol Gen.2 เป็นน้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทาเคมีคลินิกในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อใช้สำหรับตรวจหาระดับ Cholesterol ในเลือดน้ำยาตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก ใช้หลักการ Enzymatic Colorimetric Assay โดย Cholesterol จะดูด Enzyme Cholesterol Ester ย่อยเป็น Cholesterol กับ Fatty Acid Cholesterol ที่เกิดขึ้นถูก Enzyme Cholesterol oxidase ออกซิไดซ์ เป็น Cholesterol – 3 – one กับ H_2O_2, H_2O_2 ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ 4-Aminoantipyrine ทำปฏิกิริยากับ Phenol โดยมี Enzyme Peroxidase เป็นตัวเร่งเกิดสารประกอบ Quinonimine ในตัวอย่างตรวจจะทำปฏิกิริยากับในน้ำยา ตามสมการเคมี ดังนี้

$$\text{Cholesterol ester} + H_2O \xrightarrow{} \text{CHE} \xrightarrow{} \text{Cholesterol} + \text{Fatty acid}$$

$$\text{Cholesterol} + O_2 \xrightarrow{} \text{CHO} \xrightarrow{} \text{Cholesterol-3-ONE} + H_2O_2$$

$$2H_2O_2 + \text{4-Aminoantipyrine} + \text{Phenol} \xrightarrow{} \text{POD} \xrightarrow{} \text{Quinoneimine} + 4H_2O$$

น้ำยาตรวจทางเคมีคลินิก Triglyceride เป็นน้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อใช้สำหรับตรวจหาระดับ Triglyceride ในเลือด ความเข้มของสีแดงจาก Quinonimine dye ที่เกิดขึ้นจะแปรผันตรงกับปริมาณของ Cholesterol ในตัวอย่างตรวจน้ำยาตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก ใช้หลักการ Enzymatic Colorimetric Assay ซีรัม Triglyceride จะถูกเอ็นไซม์ Lipoprotein Lipase ย่อยสลายได้

กรดไขมันอิสระ และ กลีเซอรอล ซึ่งกลีเซอรอลที่เกิดขึ้นจะถูกรีดิวซ์ด้วย ATP โดยมีเอ็นไซม์ Glycerol kinase (GK) อยู่ด้วยสาร Glyceride – 3 – phosphate และ ADP ซึ่ง Glyceride – 3 – phosphate จะถูกออกซิไดซ์เป็น Dihydroxyacetone phosphate กับ H_2 O_2 โดยเอ็นไซม์ Glyceride – 3 – phosphate – oxidase (GPG) ซึ่ง H_2 ที่เกิดจะช่วยให้ 4-Aminoantipyrine ทำปฏิกิริยากับ Aminu antipyrine โดยมีเอ็นไซม์ Peroxidase (POD) เป็นตัวเร่งเกิดสารประกอบ Quinonimine น้ำยาตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกใช้หลักการ Enzymatic Colorimetric Assay โดยในตัวอย่างตรวจจะทำปฏิกิริยากับในน้ำยา ตามสมการเคมี ดังนี้

Triglycerides $\xrightarrow{LDL}$ glycerol + fatty acids

Glycerol + ATP $\xrightarrow{GK}$ glycerol –3-phosphate + ADP

Glycerol-3-phosphate + O_2 $\xrightarrow{GPO}$ dihydroxyacetone Phosphate + H_2O_2

H_2O_2 + 4- amino phenazone + $\xrightarrow{POD}$ quinonimine dye + HCL + $4H_2O$

น้ำยาตรวจทางเคมีคลินิก HDL-C 2nd generation เป็นน้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก ในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อใช้สำหรับตรวจหาระดับ HDL-Cholesterol ในเลือด

หลักการ

Anti-human β - lipoprotein antibodies

LDL, VLDL, Chylomicrons $\longrightarrow$ Ag-Ab complex + HDL CHE & CHO

HDL – cholesterol + H_2O + O_2 $\longrightarrow$ Cholesterol – 3 – one + fatty acid + H_2 O_2 POD

H_2O_2 + F + DAOS + 4 – Aminu antipyrine $\longrightarrow$ Blue complex + H_2O

ความเข้มของสีฟ้าจาก Blue quinonimine dye ที่เกิดขึ้นจะแปรผันตรงกับปริมาณของ HDL-Cholesterol ในตัวอย่างตรวจน้ำยาตรวจทางเคมีคลินิก LDL-Cholesterol Direct gen2 เป็นน้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก ในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อใช้สำหรับตรวจหาระดับ LDL-Cholesterol Direct ในเลือดหลักการวิเคราะห์อาศัยหลักการ Enzymatic colorimetric measurement ตามสมการ ดังนี้

1) LDL+protecting reagent $\longrightarrow$ Protected LDL CHE & CHO

HDL,VLDL,Chylomicrons $\longrightarrow$ Cholestenone + H_2O_2

H_2O_2 $\longrightarrow$ Catalase H_2O

2) Protected LDL + deprotecting reagent $\longrightarrow$ LDL

LDL-C $\xrightarrow{CHE\ \&\ CHO}$ Cholestenone + H_2O_2

H_2O_2 + 4-Aminoantipyrine + H-DAOS $\xrightarrow{POD}$ Color

2. คำนวณหาค่า LDL- Cholesterol ของผู้ป่วยจากสูตรของ Friedewald, et al.[8] คือ

LDL-Cholesterol (mg/dl) = Total Cholesterol (mg/dl) - HDL-Cholesterol (mg/dl) - Triglyceride/5) (mg/dl)

นำสูตรคำนวณใส่ในระบบ LIS ระบบจะคำนวนค่า LDL-Cholesterol และส่งผลไปยังระบบ HOSXP

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากบันทึก/ทะเบียนลงผลการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงโดยเลือกเอาผลการตรวจไขมันทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ Total cholesterol, Triglycerides, HDC-Cholesterol และ LDL-Cholesterol แล้วบันทึกผลลงในตารางเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยแตกต่าง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ความผันแปร ด้วยโปรแกรม Microsoft excel 2007 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ วิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูล Independent t-test โดยใช้โปรแกรม SPSS

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ลงวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2565 หมายเลขใบรับรอง COE 1732565 ผู้วิจัยมาทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการรวบรวมข้อมูลให้พิจารณา และเมื่อตกลงเข้าร่วมการศึกษาให้ลงชื่อยินยอมไว้ก่อนการสัมภาษณ์ การตัดสินใจในการให้ความร่วมมือครั้งนี้เป็นสิทธิของผู้ป่วย การตอบรับหรือปฏิเสธในการตอบแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตามต้องการ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ต้องการหาความสัมพันธ์ของค่า LDL- cholesterol จากการคำนวณและวิธีการวัดโดยตรง จึงต้องมีการเก็บข้อมูลเพื่อแปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ทางสถิติของทั้งวิธีวัดค่าโดยตรงและการคำนวณจากสูตรและนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และสมการถดถอยเชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญ .05 เพื่อเปรียบเทียบค่า LDL-cholesterol จากวิธีคำนวณและวีการวัดโดยตรง จากการแบ่งกลุ่มข้อมูลการวัดค่า LDL ทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 472 ตัวอย่าง และมีการทดสอบความถูกต้องของพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับการคำนวณ โดยมีการควบคุมคุณภาพภายนอก External Quality Control ที่มีการเข้าร่วมโครงการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และใช้วิธีการวัดความถูกต้อง ด้วยค่า Z-score ≤ 2.0 รวมทั้ง Total cholesterol, HDL- cholesterol, Triglyceride นอกจากนี้ยังมีการคำนวณค่าความแม่นยำ แบบ Within run จากตัวแอย่างเดียวกันหลายครั้งในวันเดียวกัน และแบบ Between run ตัวอย่างเดียวกันในแต่ละวัน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (CV) การทดสอบความแม่นยำ Within – run และ Between -run วิเคราะห์การทดสอบ Cholesterol, Triglyceride, HDL-C และ LDL-C มีความถูกต้องแม่นยำดี ดังแสดงในตาราง ที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความเที่ยงตรง (Precision) ชนิด Within- run ของการทดสอบ Cholesterol, Triglyceride, HDL-C และ LDL-C

N=20	Cholesterol (mg/dl)		Triglyceride (mg/dl)		HDL-C (mg/dl)		LDL-C (mg/dl)	
	Low	High	Low	High	Low	High	Low	High
Mean	174	253	95	173	54	84	103	186

ตารางที่ 1 (ต่อ)

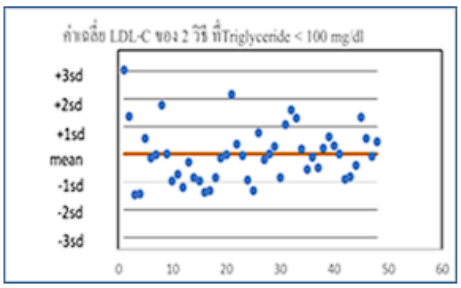
N=20	Cholesterol (mg/dl)		Triglyceride (mg/dl)		HDL-C (mg/dl)		LDL-C (mg/dl)	
	Low	High	Low	High	Low	High	Low	High
SD.	1.10	1.23	0.84	1.02	0.55	0.51	0.64	0.74
%CV	0.63	0.49	0.88	0.59	0.92	0.60	0.62	0.27

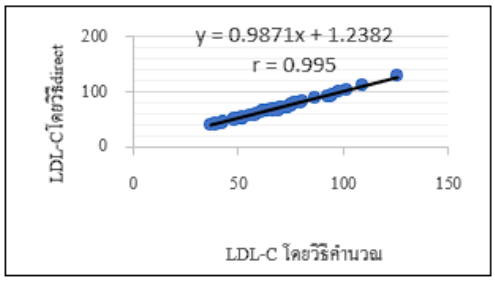
ตารางที่ 2 ผลการตรวจวิเคราะห์ LDL-C โดยวิธีตรวจวัดโดยตรง Direct เปรียบเทียบกับวิธีคำนวณโดยสูตร Friedewald ที่ระดับ Triglyceride ต่างกัน

LDL-CHOL	Mean(SD.)	95% CI	Mean diff.(SE)	p	r
		Lower Upper			
Triglyceride <100 mg/dl, n=45					
LDL-Direct	100.5(23.2)	0.41, 1.25	0.60(0.39)	<.001	0.995
LDL-Cal	99.8(22.5)				
Triglyceride 100-199 mg/dl, n=90					
LDL-Direct	106.1(25.9)	1.12, 3.81	1.74(0.95)	<.001	0.986
LDL-Cal	103.5(24.1)				
Triglyceride 200-299 mg/dl, n=122					
LDL-Direct	117.6(32.4)	3.45, 9.62	6.11(2.57)	.014	0.947
LDL-Cal	113.5(29.7)				
Triglyceride 300-399 mg/dl, n=178					
LDL-Direct	119.8(35.3)	5.687, 15.21	7.50(4.76)	.021	0.914
LDL-Cal	114.4(30.8)				
Triglyceride >400 mg/dl, n= 37					
LDL-Direct	139.2(42.6)	8.61, 20.21	15.80(11.64)	.096	0.665
LDL-Cal	118.3(33.9)				

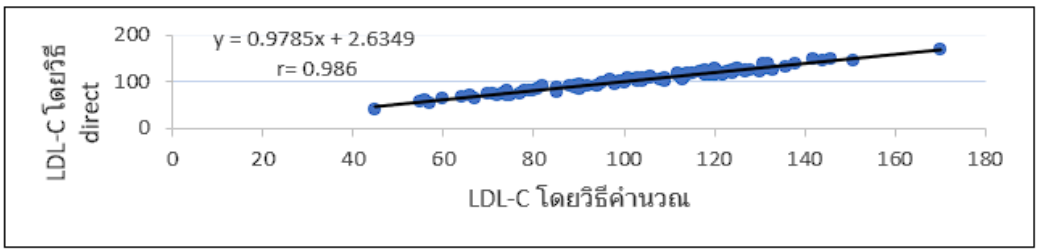
ผลการตรวจวิเคราะห์ LDL-cholesterol ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 472 ราย การตรวจโดยวิธี Direct และวิธีการคำนวณโดยสูตร Friedewald โดยเปรียบเทียบที่ระดับ Triglyceride ต่างกันที่ระดับน้อยกว่า 100 mg/dl, 100-199 mg/dl, 200-299 mg/dl, 300-399 mg/dl และน้อยกว่า 400 mg/dl พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r=0.995, 0.986, 0.947, 0.914 ตามลำดับมีความสัมพันธ์กันดี ทั้งสองวิธีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สารถใช้แทนกันได้ ในขณะ Triglyceride>400 mg/dl พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p<.05) จะทำให้การตรวจวิเคราะห์ LDL-cholesterol จากวิธีคำนวณโดยสูตร Friedewald มีความคลาดเคลื่อนมาก

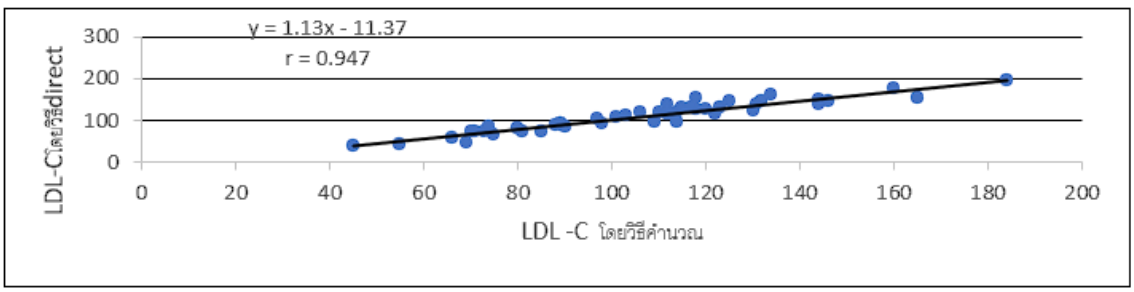




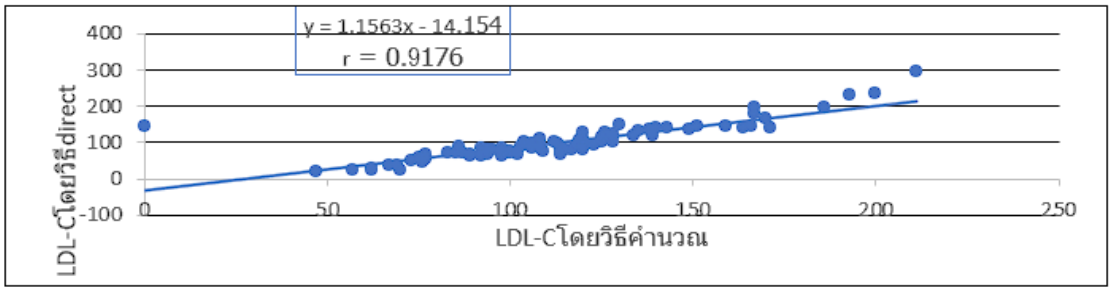
กราฟที่ 1 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของการตรวจวิเคราะห์ LDL-C โดยวิธี direct เปรียบเทียบกับการคำนวณโดย Friedewald ที่ Triglyceride < 100 mg/dl



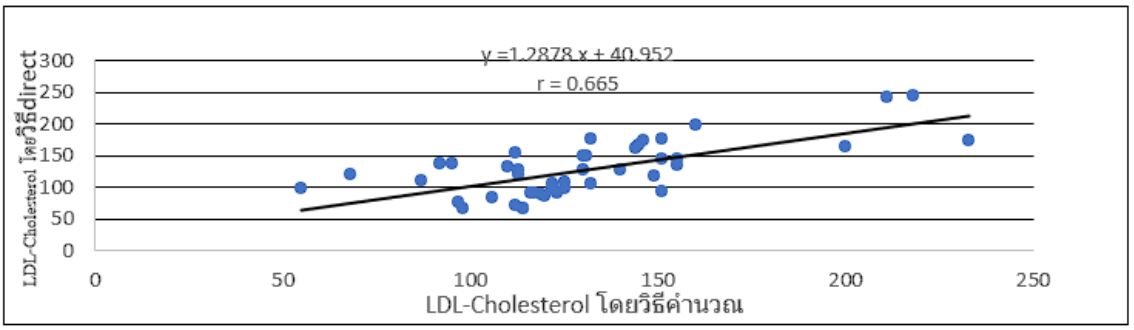
กราฟที่ 2 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของการตรวจวิเคราะห์ LDL-C โดยวิธี direct เปรียบเทียบกับการคำนวณโดย Friedewald ที่ triglyceride 100 -199 mg/dl



กราฟที่ 3 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของการตรวจวิเคราะห์ LDL-C โดยวิธี direct เปรียบเทียบกับการคำนวณโดย Friedewald ที่ triglyceride 200 -299 mg/dl



กราฟที่ 4 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของการตรวจวิเคราะห์ LDL-C โดยวิธี direct เปรียบเทียบกับการคำนวณโดย Friedewald ที่ triglyceride 300 -399 mg/dl



กราฟที่ 5 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของการตรวจวิเคราะห์ LDL-C โดยวิธี direct เปรียบเทียบกับการคำนวณโดย Friedewald ที่ triglyceride > 400 mg/dl

วิจารณ์

จากการเปรียบเทียบการตรวจวิเคราะห์ระดับ LDL-cholesterol โดยวิธี Direct ด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ Sysmex รุ่น BX4000 กับการใช้สูตรการคำนวณหาระดับสาร LDL-cholesterol ตามสูตรของ Friedewald formulaมาประยุกต์เข้าในระบบ LIS เพื่อให้เกิดการคำนวณตามสูตรที่วางไว้สามารถใช้การวัดค่า LDL-cholesterol ด้วยสูตรการคำนวณแทนการใช้น้ำยาตรวจวัดโดยตรง ในด้านประสิทธิภาพ สำหรับการติดตามระดับ LDL-cholesterol เพื่อประยุกต์ใช้ในโครงการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จากตัวอย่างเลือดของผู้มารับบริการตรวจวิเคราะห์ Cholesterol, Triglyceride และ HDL- cholesterol กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงจำนวน 472 ราย เมื่อจำแนกค่า LDL- cholesterol ตามระดับ Triglyceride เป็นกลุ่มที่มี Triglyceride น้อยกว่า 100 mg/dl, 100-199 mg/dl, 200-299 mg/dl, 300-399 mg/dl ซึ่งมีค่า Triglyceride < 400 mg/dl พบว่าค่าเฉลี่ยของวิธีวัดโดยตรงมีความสัมพันธ์จากวิธีคำนวณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของแพ็ญศิริ ชูส่งแสง และคณะ[12] แต่ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาของ Mendes de Cordava CM, et al.[13] ที่ได้ค่าเฉลี่ยของวิธีคำนวณ สูงกว่าวิธีวัดโดยตรงซึ่งอาจมีสาเหตุจากการใช้น้ำยาตรวจวิเคราะห์แตกต่างกัน และความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รูปร่างลักษณะ น้ำหนัก เพศ อาหารที่รับประทาน ถิ่นที่อยู่ รวมถึงกรรมพันธุ์ ระดับ Triglyceride

มากกว่า 400 mg/dl พบค่าเฉลี่ยจากวิธีวัดโดยตรงสูงกว่าวิธีคำนวณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ในกลุ่มศึกษาสอดคล้อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการคำนวณระดับ LDL-cholesterol จากสูตร Friedewald ได้จากความสัมพันธ์ของระดับ Cholesterol, Triglyceride และ HDL-cholesterol ในภาวะงดอาหารซึ่ง Triglyceride ส่วนใหญ่อยู่ใน LDL- cholesterol และมีสัดส่วนของ Triglyceride กับ Cholesterol คงที่ เมื่อมี Chylomicron จากการงดอาหารไม่เพียงพอ

จากผลการศึกษาพบว่าการตรวจทั้ง 2 วิธีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กันดี (r= 0.995, 0.986, 0.947, 0.914) ระหว่างวิธีการวัดค่า LDL-cholesterol ด้วยสูตรการคำนวณโดยใช้สูตร Friedewald และการวัดโดยตรงเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างดีมากในช่วงความเข้มข้นTriglyceride น้อยกว่า 400 mg/dl สอดคล้องกับการศึกษา รุ่งอรุณ ดีอินทร์[14] แสดงว่าการตรวจวิเคราะห์ LDL-cholesterol ทั้ง 2 วิธีสามารถใช้แทนกันได้ และประโยชน์จากการศึกษานี้ ช่วยลดรายจ่ายในการจัดซื้อน้ำยาตรวจวัดค่า LDL-cholesterol ของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงลงได้ ของการตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นเงินเท่ากับ 111,000 บาท ในขณะที่ค่า Triglyceride > 400 mg/dl พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p .096) แสดงว่าเมื่อค่า Triglyceride > 400 mg/dl จะทำให้การวิเคราะห์ LDL-cholesterol โดยวิธีคำนวณใช้สูตร Friederwald มีความคลาดเคลื่อนมาก จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจวัด LDL-cholesterol โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับ Triglyceride > 400 mg/dl ควรตรวจหาค่า LDL-C โดยใช้วิธีวัดโดยตรงจากน้ำยาเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติจะมีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องมากกว่า

2. เครื่องตรวจอัตโนมัติต้องมีการทำควบคุมคุณภาพภายในทุกวันเพื่อความถูกต้อง แม่นยำ น่าเชื่อถือได้มาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ชาญชัย วันทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา และทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกและให้คำปรึกษาในการทำวิจัยทำให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Heart Federation. World Heart Day Campaign 2015 [Internet]. 2014. [cited 2021 May 11]. Available from: http://www.world-heartfederation.org/whatwedo/awareness/world-heart-day- 2015/
2. Charuraks N, Milintagas A. Evaluation of caleulatedlow - density lipoprotein against a direct assay. J Med Assoc Thai. 2005;88(4):274 -79.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease ปี 2564. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. ศุภทัต ชุมนุมวัฒน์. ไขมันในเลือดสูงกับโรคหลอดเลือด. ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http:/wwww.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/349.
5. นวพรรณ จารุรักษ์. ไขมันในเลือด:ความสำคัญทางคลินิก และการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ. Chula Med J. 2549;50:443-58.
6. National Cholesterol Educatiopn Program (NCEP). Third report of the expert panel detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). J Am Med Assoc. 2001;285:2486-97.
7. Mamniemi J, Maki J, Maatela J, Jarvisalo J, Impivaara O.Poor applicability of Friedewald formula in theassessment of serum LDL -

cholesterol for clinicalpurposes. Clinical Biochemistry. 1995;28:285-89.

8. Friedewald W P, Levy R I, Fredrickson Ds. Estimation of the concentration of low - density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of thepreparative uluracentrifuge. Clinical chemistry. 1972;18:499-02.
9. จุฑาภรณ์ เอกาทศ. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของผลการวัดค่า LDL-cholesterol ด้วยวิธี Homogeneous enzymatic assay และวิธีวัดด้วยสูตรคำนวณ Friedewald เพื่อใช้พัฒนาโปรแกรม LIS ในการลดค่าใช้จ่ายของน้ำยาในโครงการตรวจสุขภาพประจำปีของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(4):148-53.
10. กาญจนา กิจบูรณะ. ความสัมพันธ์ของระดับไตรกลีเซอไรด์ที่มีผลต่อการคำนวณค่าไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจวัดโดยตรง. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2565;19(2):101-12.
11. พงษ์ศักดิ์ จรัสรังสีชล, กนกกาญจน์ สวัสติภาพ, วิสุทธิ์ ศรีจันทราพันธุ์, การศึกษาอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ใช้บริการโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2550;35:1997-09.
12. เพ็ญศิริ ชูส่งแสง, ปนัดดา มุสิกวัณณ์, วรรณี ชยานันต์นุกูล, นุชรัตน์ วรรณพงศ์, อโณทัย โภคาธิกรณ์. การเปรียบเทียบผลการตรวจวัด LDL-cholesterol ด้วยสูตร Friedewald และวิธี Homogeneous enzymatic assay. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2551;26:43-52.
13. Mendes de Cordova CM, Schneider Cr, Juttel ID, Mendes de Codova M. Comparison of LDL-cholesterol direct measurement with the estimate using the Friedewald formula in a sample of 10,664 patients. Arq Bras Cardiol. 2004;83;482-487.
14. รุ่งอรุณ ดีอินทร์. การตรวจกรองหาระดับ cholesterol, triglyceride, low - density lipoprotein (LDL) cholesterol และ high - density lipoprotein (HDL)cholesterol ในข้าราชการตำรวจ ผู้บริหารระดับกลางวัยกลางคน. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2548;33:959-68.

พิมพ์ที่โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม