



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง
ปัทมิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, รัชพร กลีบประทุม, วาสิณี อาจภักดี
- ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก
ทองเปลว ชมจันทร์, ปาริชาติ ลิ้มเจริญ
- การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี
สุรภา ขุนทองแก้ว
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
ของนักศึกษาพยาบาล
นาตาลี บัวงาม, ธนัญญา ฮวบสมบูรณ์, ภัทรกร ประภาลิ้มรังสี, อาริรัตน์ บุญส่ง,
ศิวพร เกาะเกตุ, กมลพรรณ วัฒนาก
- ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่หมอบรรอบครัว ในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี
อุไรรัชต์ บุญแท้

กรณีศึกษา

- การระบาดของเชื้อ Carbapenam – Resistant Enterobacteriaceae (CRE)
ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานี
อรทัย ศิลป์ประกอบ, วารุณี ยินดีใน

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ทั้งนี้บทความหรือ รายงานการวิจัยที่ส่ง ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้น เป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการ ที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุม วิชาการ (Proceedings) วารสารนี้มีคณะกรรมการพิจารณาพิชญ์พิจารณา ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ พิจารณา คุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ อย่างน้อยบทความละ 2 ท่าน ข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสาร เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มีใช้ของกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำนักงาน

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ journal@pckpb.ac.th

พิมพ์ที่

มูมหนึ่งปรีนตัง
เลขที่ 23 หมู่ 1 ตำบลหนองพลับ
อำเภอเมืองเพชรบุรี
จังหวัดเพชรบุรี

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
มีใช้ของกองบรรณาธิการ และมีใช้ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่ปรึกษา

ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา

บรรณาธิการ

ดร.อัจฉรวาดี ศรียะศักดิ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

กองจัดการ

อาจารย์วารุณี เกตุอินทร์

อาจารย์สัญญา คำดี

นางโสภิษฐ์ มิตรดี

นายราชศักดิ์ สังข์ฤทธิ์

นายณพิชญ์ วิบูลย์ศิริชัย

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.วลัยพร นันทคุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

รศ.ดร.ยาใจ สิทธิมงคล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.วันดี สุทธรังษี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย

ผศ.ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.สุตาภรณ์ พัยคมเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังษี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ปัทมา ทองสม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ดร.จรัสรัตน์ กิจสมพร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ดร.ศุภกิจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช

Dr.Paul Alexander Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์

ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตริน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ดร.นงนภัทร รุ่งเนย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ดร.จินตนา ทองเพชร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ราคาจำหน่ายเล่มละ 200 บาท

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2562) เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง สำหรับนักวิชาการและผู้สนใจทั่วไป

สำหรับบทความในวารสารฉบับนี้ มีทั้งหมด 6 เรื่อง ประกอบไปด้วยบทความวิจัย จำนวน 5 เรื่อง และกรณีศึกษา จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งทุกบทความเต็มเปี่ยมไปด้วยคุณภาพและเนื้อหาสาระ

ในนามของกองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความอันน่าสนใจ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งท่านที่ส่งบทความและงานวิจัยเข้ามาเพื่อเผยแพร่ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความวิจัยและบทความวิชาการ เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ
แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง 1
The Effect of Home Blood Pressure Monitoring Program Applying Transtheoretical Model and
Social Support Power in Hypertensive Patients, Angthong Hospital
ปุกนิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, รัชพร กลีบประทุม, วาสิณี อางักดี
Punika Sumthong, Bunyiam Suthiphongkiart, Pratchaporn Kleebratoom, Wasinee Oadpakdee
- ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับ
การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก 15
Family Members' Need and Need Responses of Terminally Critically Ill Patients with Palliative
Care in Intensive Care Unit
ทองเปลว ชมจันทร์, ปาริชาติ ลิ้มเจริญ Thongplew Chomjan, Parichat Limjaruen
- การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี 30
The study of factors related to Use Emergency Medical Services, Ratchaburi Province
สุรภา ขุนทองแก้ว Surapa Khuntongkaew
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล 45
Factors Related to Behaviors Regarding High Cholesterol Diets Consuming among Nursing
Students
นาตาลี บัวงาม, ธัญญา ฮวบสมบูรณ์, ภัทรภร ประภาลิ้มรังสี, อาริรัตน์ บุญส่ง, ศิวพร เกาะเกตุ,
กมลพรรณ วัฒนากกร
Natalee Buangam, Thananya Haupsomboon, Pattaraporn Prapalimrangsee,
Areerat Boonsong, Siwaporn Korket, Kamonpun Wattanakorn
- ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกครอบครัว ในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี 62
The Policy Evaluation of Family Care Team Operates in the Pilot Area of Phetchaburi Province
อุไรรัชต์ บุญแท้ Urairach Boontae
- ### กรณีศึกษา
- การระบาดของเชื้อ Carbapenam – Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด 80
โรงพยาบาลปทุมธานี
Outbreak of Carbapenam – Resistant Enterobacteriaceae (CRE) in Neonatal Intensive Care Unit,
Pathumthani Hospital.
อรัญย์ ศิลป์ประกอบ, วารุณี ยินดีไธ Orathai Sinlprakob, Varunee Yindenai
- คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ 94

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน
โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง
The Effect of Home Blood Pressure Monitoring Program Applying
Transtheoretical Model and Social Support Power in Hypertensive Patients,
Angthong Hospital

ปุนิกา สุ่มทอง^{1*}, บุญเยี่ยม สุธิพงษ์เกียรติ¹, ปรัชพร กลีบประทุม¹, วาสนิณี อจกักดี¹
Punika Sumthong^{1*}, Bunyiam Suthiphongkiat¹, Pratchaporn Kleebratoom¹, Wasinee Oadpakdee¹

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: punikana@hotmail.com) โทรศัพท์ 081-8431681

(Received: January 10, 2019; Revised: March 01, 2019; Accepted: March 20, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนสุขศึกษารายบุคคล สาธิตวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การให้ยืมเครื่องวัดความดันโลหิตไปวัดที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองโดยการทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังจากได้รับโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการตนเองตามลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ได้

¹ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลอ่างทอง

Department of health education, Angthong hospital

คำสำคัญ: โปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน, ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research, one group pre-test post-test design aimed to study the effectiveness of the home blood pressure monitoring (HBPM) program. The stage of change theory and social support theory were used as a conceptual framework. The sample was thirty hypertensive patients who were outpatient of medical clinic at Angthong hospital, Angthong province. The sample was selected by using purposive sampling. The data were collected by using blood pressure recording sheet and self-care behavior questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, and paired t-test was used to analyze the mean score difference of blood pressure and self-care behavior score between before and after receiving HBPM program. The main results showed that there was a statistically significant difference between the mean score of blood pressure and self-care behavior before and after implementing the HBPM program at $p < .05$.

The results in this study can be used as guidelines for health behavior modification through self-care behavior participation following the stage of change theory aimed to controlling blood pressure of hypertensive patients in another health care service.

Keywords: Home blood pressure monitoring program, Transtheoretical model, Social support power, Self-care behavior, Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านในปี 2568 (World Health Organization: WHO, 2013) สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 24.70 ผู้ชายร้อยละ 25.60 และผู้หญิงร้อยละ 23.90 ความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 4.60 (วิชัย เอกพลากร, 2557) และจากข้อมูลสถิติในภาพรวมของประเทศไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในปี 2556-2558 เท่ากับ 8.09, 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2558 เพิ่มขึ้น จากปี 2556 มากกว่า 3 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอ่างทอง ในปี 2560 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center- HDC, 2560) พบผู้ป่วย 39,930 คน ได้รับการรักษา จำนวน 29,954 คน สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ จำนวน 18,751 คน คิดเป็นร้อยละ 46.96 และข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลอ่างทอง (2560) ประมวลผลจากโปรแกรม Home C พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 7,860 คน ซึ่งเป็นปริมาณค่อนข้างสูง

โรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยในการดำเนินชีวิต เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันในปริมาณสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ มาตรการหลักของการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดการบริโภคอาหารเค็มและไขมันสูง ป้องกันภาวะอ้วน รวมถึงการติดตามประเมินผลระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งตามคำแนะนำการวัดความดันโลหิตที่บ้านของประเทศญี่ปุ่น (Guidelines for self-monitoring of blood pressure at home) ได้ระบุประโยชน์ทางคลินิกว่า การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring Program: HBPM) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทราบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ภายหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การกินผักผลไม้การเคลื่อนไหวออกแรงที่เพิ่มขึ้น หรือการออกกำลังกายหัวใจ ขาลง หรือการหลีกเลี่ยงควันทาบุหรี่ เป็นต้น การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) หรือการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (Self-Monitoring Blood Pressure: SMBP) จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ เพราะเป็นปัจจัยสำคัญในรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic care model) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2560) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การเสื่อมหน้าที่ของไต ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดภาวะไตวายมากขึ้น เป็นตัวเร่งให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) ดังนั้น จึงควรมีเครื่องมืออุปกรณ์มาช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยในการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังงานวิจัยของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงห์เสมอ, และเยาวลักษณ์ ยิ้มเย็น (2559) ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยระบบสาธารณสุขทางไกลเป็นแนวทางที่จะช่วยวินิจฉัยและรักษาโรคความดันโลหิตให้ดีขึ้น (สกลวัชร มนต์ไตรเวศย์, 2560) ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ ต้องเป็นไปตามลำดับขั้นตอนดังการศึกษาของกุลธิดา พานิชกุลและอดิพร สำราญบัว (2559) ที่ได้ทำการศึกษาการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยแบ่งขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) เป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นก่อนคิด (Precontemplation) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (Contemplation) ขั้นเตรียม

หรือเริ่มปฏิบัติ (Preparation) ขั้นปฏิบัติ (Action) และขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (Maintenance) ซึ่งได้ผลดีสำหรับโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม อันจะส่งผลในการควบคุมพฤติกรรมและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ และไตเสื่อมในอนาคต โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, & DiClemente, 1983) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) มาออกแบบโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) โดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง ได้ผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและยืมเครื่องวัดความดันโลหิตไปวัดด้วยตนเองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านที่ประยุกต์จากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

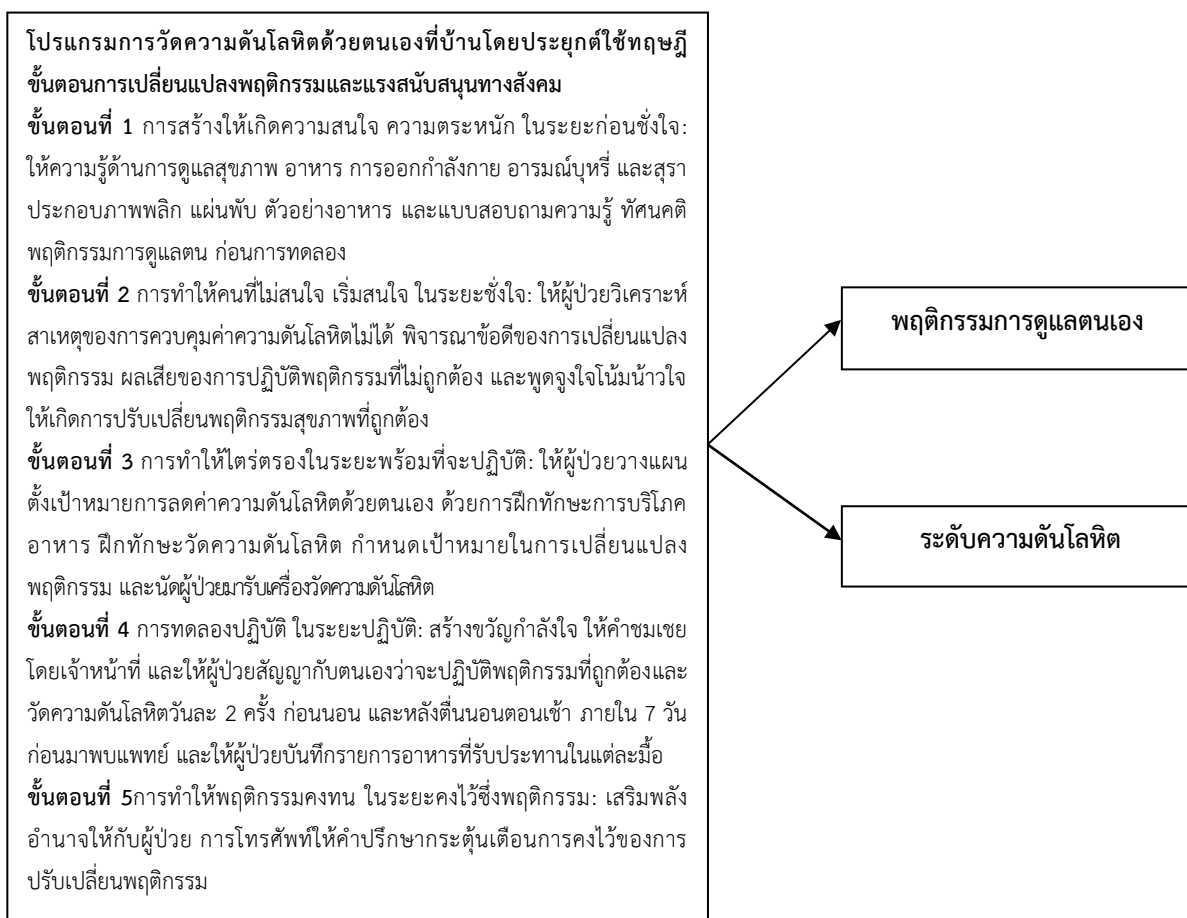
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, & DiClemente, 1983) และแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตที่บ้าน รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและ หลังการทดลอง (One group pre-test – post-test design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการบริการที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง เมษายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.3 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Priori power analysis) โดยการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I error) .05 อำนาจในการทดสอบ (Power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดัน

โลหิตสูงและรับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทองมารับการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด ทุกครั้งเป็นระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ 2) มีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) มากกว่า 140 mmHg) หรือมีค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) มากกว่า 90 mmHg หรือทั้งสองอย่าง 3) อายุไม่เกิน 85 ปี 4) อ่านออก เขียนได้และสื่อสารได้อย่างเข้าใจ 5) ยินดีเข้าร่วม โปรแกรมฯ และ 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

กำหนดเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม/ ขอยกออกจากโปรแกรม/ ย้ายภูมิลำเนา 2) บันทึกค่าความดันโลหิตด้วย ตนเองที่บ้านไม่ครบถ้วน 3) มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการทดลอง ได้แก่

1.1 เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจรดิจิตอล (Blood pressure monitor) รุ่น TD-3128A แบบภายนอก (Non-invasive) ชนิดวัดต้นแขนแบบอัตโนมัติ หน้าจอแสดงผลแบบเป็นตัวเลข ดิจิตอล ใช้เทคนิคการวัดแบบ Oscillometric โดยเครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้ได้ผ่านการสอบเทียบเครื่องด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐาน

1.2 โปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ครั้งๆ ละ 30 นาที ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และในครั้งที่ 3, 4, 5 แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน โดยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 รวมเวลาที่ใช้ในการทดลอง 16 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามการวิจัย ซึ่งมี 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัวอื่นๆ ค่าความดันโลหิต ระดับการศึกษา รายได้และอาชีพ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ เป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง โดยที่คะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย และ 5 คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 5 - 7 ครั้ง) แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) เท่ากับ .89 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .78

2.2 แบบบันทึกค่าความดันโลหิต โดยบันทึกค่าความดันโลหิตในแบบบันทึกความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง คือ ก่อนนอนและหลังตื่นนอนตอนเช้า จำนวน 7 วัน ก่อนมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่างทองเพื่อดำเนินการทดลองผลของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ครั้ง เป็นรายบุคคล ระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) ซึ่งเป็นครั้งที่ 1 ของโปรแกรมฯ เป็นการรับสมัครกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฯ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอธิบายขั้นตอนในการทำวิจัยและทำแบบสอบถามความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test) ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ประสิทธิภาพพลิก แผ่นพับ ตัวอย่างอาหาร

2. ระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 2 -15) รายละเอียด ดังนี้

2.1 ครั้งที่ 2 ของโปรแกรมฯ ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์หาสาเหตุของการควบคุมค่าความดันโลหิตไม่ได้ พุดจูงใจโน้มน้าวใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สาธิตและฝึกปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ที่ถูกต้อง รวมทั้งการลงบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ให้ยืมเครื่องวัดความดันโลหิตไปวัดที่บ้านก่อนพบแพทย์ 7 วันและนัดมาพบแพทย์ระยะห่าง 1 สัปดาห์

2.2 ครั้งที่ 3 ของโปรแกรมฯ ประเมินผลพฤติกรรมการรับประทานอาหารจากแบบบันทึกการรับประทานอาหาร โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามระดับการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ 8 ที่นำเครื่องวัดความดันโลหิตมาคืน และนำผลการวัดความดันโลหิตที่บ้านไปให้แพทย์พิจารณา เพื่อวางแผนการรักษา ผู้วิจัยทำการประเมินลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอบถามเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และสร้างขวัญกำลังใจ ให้คำชมเชยผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.3 ครั้งที่ 4 ของโปรแกรมฯ เป็นการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างนำเครื่องวัดความดันโลหิตมาคืนสอบถามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเป้าหมายที่เคยกำหนดไว้ และติดตามผลการบันทึกค่าความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่างสัญญากับตนเองว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2.4 ครั้งที่ 5 ของโปรแกรมฯ เป็นการสิ้นสุดโปรแกรม โดยการติดตามประเมินผลกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ น้อยกว่า 140/90 mmHg และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง พร้อมเสริมพลังอำนาจให้กับกลุ่มตัวอย่าง โทรศัพท์ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนการคงไว้ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสิ้นสุดโปรแกรมตามความเห็นของแพทย์ หรือกลุ่มตัวอย่างขอยกเลิกโปรแกรม

3. ระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (สัปดาห์ที่ 16) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คัดค่าเฉลี่ยจากแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีข้อคำถาม 17 ข้อๆ ละ 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 85 คะแนน โดยแบ่งระดับของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (เสรี ลาขโรจน์, 2537)

ต่ำ หมายถึง ค่าเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ 0 - 50 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ค่าเฉลี่ยระหว่างร้อยละ 60 – 80 หรือ 51 - 67 คะแนน

สูง หมายถึง ค่าเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 68 – 85 คะแนน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระยะก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอ่างทอง เลขที่ ATGEC07/2560 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2560 และดำเนินการวิจัยโดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ และการตอบแบบสอบถามการวิจัย อาสาสมัครการวิจัยสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อแผนการรักษาใดๆ ตลอดจนการรักษาความลับไม่เปิดเผยข้อมูลอันเป็นความลับ หรือทำให้เกิดผลเสียหายต่ออาสาสมัครการวิจัย มีการทำลายข้อมูลทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งมีการเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยหลังจากอาสาสมัครได้รับการชี้แจงเป็นที่เข้าใจเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.67 อายุเฉลี่ย 62.13 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.70 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 30.00 การศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.30 และประกอบอาชีพหลักคือ เกษตรกร ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.30 มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 7.84 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 80.00 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 23.30

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านฯ

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 86.66 รองลงมาคือมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.33 และภายหลังการทดลอง

พบว่า มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นคือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.67 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-50 คะแนน)	4	13.33	0	0.00
ปานกลาง (51 - 67 คะแนน)	26	86.66	29	96.67
สูง (68 - 85 คะแนน)	0	0.00	1	3.33
รวม	30	100.00	30	100.00

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 55.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.11 และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 60.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.23 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) พบว่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (n = 30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	M	SD	$\bar{D}$	SD_d	t	df	p
ก่อนการทดลอง	55.23	5.11	5.53	6.76	4.48*	29	.001
หลังการทดลอง	60.76	5.23					

*p < .05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านฯ

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านฯ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน เท่ากับ 161.40 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.10 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับ 87.50 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.46 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านฯ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน เท่ากับ 135.73 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.75 และ

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับ 81.30 มิลลิเมตรปรอท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.62 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านฯ ลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{D}$	SD_d	t	df	p
	M	SD	M	SD					
ความดันโลหิตตัวบน	161.40	11.10	135.73	14.75	25.67	15.85	8.87*	29	.000
ความดันโลหิตตัวล่าง	87.50	8.46	81.30	9.62	6.20	9.53	3.56*	29	.001

*p < .05

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านฯ

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านฯ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 เมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางเพียง ร้อยละ 86.66 ทั้งนี้ เพราะกิจกรรมตามโปรแกรมการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความสมัครใจ มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเองจากตารางการบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ และตารางบันทึกผลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ทำให้มองเห็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง พบสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่รับประทานทานผัก ผลไม้ ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงผลักดันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, และอติญาณ์ ศรีเกษตรริน (2560) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลรณณีย์ อำเภอกะปงจังหวัดพังงา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของยุภาพร นาคกลิ้ง, ทศนีย์ รวีวรกุล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว (2554) ที่ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อ

พฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า การจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความสนใจ โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ภายหลังจากทดลองในสัปดาห์ที่ 16 มีระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนลดลง เท่ากับ 135.73 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 161.40 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ภายหลังการทดลองก็ลดลงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ เป็นเพราะการจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้มีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้ทราบระดับความดันโลหิตของตนเอง มีการค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการกระตุ้นเตือนและมีการติดตามผล ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณกมน มีธรรม (2559) ศึกษาผลของการควบคุมความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองยโสธร พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปราณประวีตร (2558) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของยุภาพร นาคกลิ้ง และคณะ (2554) ที่ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันตัวบนลดลงจากก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) ดังนั้น ในการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรใช้กลวิธีการดำเนินงานสุขศึกษา โดยจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษารายบุคคล และสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมในการเลือกตัดสินใจด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และมีเจ้าหน้าที่ให้การกระตุ้นเตือนติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่คงทน ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการวิจัยนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเขียนเพื่อลงบันทึก ค่าความดันโลหิต ควรมีญาติที่เป็นผู้ดูแลเป็นผู้จดบันทึก ตลอดจนการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วย
2. การวิจัยนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย เนื่องจาก ประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอ่างทอง ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยจึงมีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มาร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทำให้ไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมที่มีจำนวนหลายๆ ครั้งและมีการนัดถี่กว่าปกติ ตลอดจนไม่มีกลุ่มตัวอย่างมากพอสำหรับในการดำเนินการวิจัยถึงทดลอง ชนิดสองกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุมได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม ไปปรับใช้ในการให้บริการควบคู่กับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากพยาบาลวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสามารถนำโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสน, และเยาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน. (2559). ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 8(1), 1-13.
- กุลธิดา พานิชกุล, และอดิพร สำราญบัว. (2556). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 19(1), 66-76.
- คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center- HDC). (2560). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT,VCD) เขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดอ่างทอง ปี 2560* (เอกสารอัดสำเนา). อ่างทอง: โรงพยาบาลอ่างทอง.

- ณกมน มีธรรม. (2559). ผลของการควบคุมความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(3), 452-459.
- ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน.(2560). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลธมณีนี อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(4), 549-567.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ.(2558). การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 36-48.
- ประหยัด ช่อไม้, และอารยา ปรานประวิตร. (2558). การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์*, 10(1), 15-24.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง, ทศนีย์ รวีวรกุล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2554). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 28(1), 60-70.
- วิชัย เอกพลากร (บ.ก.). (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลอ่างทอง. (2560). *สถิติการมารับบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลอ่างทองจากโปรแกรม Home C ประจำปีงบประมาณ 2560* (เอกสารอัดสำเนา). อ่างทอง: โรงพยาบาลอ่างทอง.
- สกลวัชร มนต์ไตรเวศย์. (2560). *ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงไวท์โคทและภาวะความดันโลหิตสูงหลบซ่อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: การศึกษาการวัดความดันโลหิตที่บ้านของคนไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เสรี ลาขโรจน์. (2537). *หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- Faul, E., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power version 3.1.3: Tests for correlation and regression analysis. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley Publication.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51(1), 390-395.
- World Health Organization (WHO). (2013). *A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis*. Retrieved July 30, 2018 from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.

บทความวิจัย (Research article)

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก

Family Members' Need and Need Responses of Terminally Critically Ill
Patients with Palliative Care in Intensive Care Unit

ทองเปลว ชมจันทร์^{1*}, ปาริชาติ ลิ้มเจริญ²

Thongplew Chomjan^{1*}, Parichat Limjaruen²

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: plew.plew@yahoo.com) โทรศัพท์ 089-6096696

(Received: January 20, 2019; Revised: February 20, 2019; Accepted: April 05, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้กรอบแนวคิดความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของกาลิโอเน่ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 86 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีค่าความเชื่อมั่น .85 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้วยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.29$, $SD = 1.71$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ และด้านร่างกาย ตามลำดับ ($M = 3.97, 3.36, 3.34$ และ 2.50 ; $SD = 1.32, 1.55, 1.59$ และ 1.37)

2. ค่าเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.02$, $SD = 1.66$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสาร

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

Registered nurse, Senior professional level, Advance practice nurse in medical-surgical, Singburi hospital

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

Registered nurse, Professional level, Singburi hospital

มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ และด้านร่างกาย ตามลำดับ ($M = 3.81, 2.92, 2.87$ และ 2.48 ; $SD = 1.60, 2.24, 2.83$ และ 2.96)

3. ผลการเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.33, p = .018$)

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการ, การได้รับการตอบสนองความต้องการ, สมาชิกครอบครัว, ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study family members' needs and need responses of terminally critically ill patients with palliative care in intensive care unit. The purposive sampling was used to recruit 86 family members of terminally critically ill patients in intensive care unit at Singburi hospital. Research instruments included needs and need responses questionnaire which based on the family' need concept of Gaglione. The Cronbach's alpha reliability coefficient of this questionnaires were .85 and .87 respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test. The results were as follows

1. The overall average need score of family members were at high level ($M = 3.29, SD = 1.71$). For each aspect, informational need was the highest average score, followed by emotional, spiritual and physiological need scores respectively ($M = 3.97, 3.36, 3.34$, and 2.50 ; $SD = 1.32, 1.55, 1.59$, and 1.37).

2. The overall need responses score of family members were at high level ($M = 3.02, SD = 1.66$). For each aspect, informational need responses was the highest average score, followed by followed by emotional, spiritual and physiological need response scores respectively ($M = 3.81, 2.92, 2.87$, and 2.48 ; $SD = 1.60, 2.24, 2.83$, and 2.96).

3. Paired t-test showed a statistic significant difference between overall need score and over all need responses score ($t = 1.33, p = .018$).

The result can be used as evidence to improve quality of care for family members of terminally critically ill patients with palliative care in intensive care unit.

Keywords: Need, Need responses, Family members, Terminally critically ill patients, Palliative care, Intensive care unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักรอดชีวิตเพิ่มขึ้น (นิษฐา เอื้ออาริมิตร, 2560) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก โดยในประเทศไทยมีการศึกษาถึงอัตราตายของหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า มีอัตราตายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ร้อยละ 19.14 หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจร้อยละ 16.22 และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ร้อยละ 11.59 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต มีผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายล้มเหลว ระดับความรู้สึกตัวต่ำลง สัญญาณชีพไม่คงที่ ไม่สามารถรักษาและเยียวยาด้วยวิธีใดๆ การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในที่สุด (วรภรณ์ คงสุวรรณ, 2559) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย มุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมในฐานะของบุคคล ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางที่เลวลงของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จนต้องเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงสมาชิกในครอบครัวโดยตรง เนื่องจากในสังคมไทยครอบครัวเป็นบริบทที่สำคัญของบุคคล และบุคคลก็เป็นบริบทของครอบครัวด้วย สมาชิกครอบครัวมีความผูกพันยึดเหนี่ยวซึ่งกันและกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัวไม่ว่าทางบวกหรือทางลบก็ตาม เช่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตและรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัว (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และปริญชล ไชยวุฒิ, 2559)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าร้อยละ 50 ได้รับผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัวที่จะสูญเสียผู้ป่วยไป เนื่องจากรับรู้ว่าคุณป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ซึ่งช่วงเวลานี้มีความสำคัญกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมการรักษาพยาบาลอย่างยิ่ง (กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล, 2560) นอกจากนี้ระบบการดูแลในหอผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นระบบปิด ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกออกจากครอบครัว และเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ก็จะพบกับสภาพของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว สื่อสารไม่ได้ ใส่ท่อช่วยหายใจและอยู่ท่ามกลางเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องประเเมนการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ท่อระบาย และการคาสายต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งเสียงหรือสัญญาณไฟจากเครื่องมือที่ทำงานตลอดเวลา (สุพัตรา อุปนิสากร และจรรุวรรณ บุญรัตน์, 2556) ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการรักษา ต้องการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณในการเผชิญกับความทุกข์ ความกระวนกระวายใจ

ในสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และหากสมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนความต้องการ เช่น การให้คำแนะนำการอธิบายเท่าที่ควรแล้ว จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล ความไม่แน่ใจในการรักษาพยาบาล ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เกิดความกลัว ความเครียดและกลายเป็นภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจของครอบครัว (รุ่งนภา เขียวขำ, ศรีสุตา งามขำ, คงขวัญ จันทรมหากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร, และสาคร พร้อมเพระ, 2556) รวมทั้ง อาจได้รับผลกระทบจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การได้รับข้อมูลจากพยาบาลที่ไม่ตรงกัน ไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ตรงกับความต้องการ ในขณะนั้น ก็จะทำให้ความเครียดหรือความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านพฤติกรรมและด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง บางรายเกิดความเจ็บป่วย ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล การตัดสินใจลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ การทำกิจกรรมต่างๆ ต้องเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องมาเฝ้าดูและติดตามอาการผู้ป่วยที่โรงพยาบาล อาจต้องสูญเสียรายได้ เนื่องจากการขาดงาน ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (อิสริย์ ศรีศุภโอรพ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2559)

พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย วิกฤตระยะสุดท้าย เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและสมาชิกครอบครัวมากที่สุด (วรภรณ์ คงสุวรรณ และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2555) เป็นผู้เชื่อมโยงทีมสุขภาพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยและเชื่อมโยงผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และมีบทบาทสำคัญร่วมกับสมาชิกครอบครัวในการนำพาให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (สุริยา ฟองเกิด, ศุภรา หิমানันโต, และสปีตระกุล ดันตลานุกุล, 2559) พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความต้องการของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและความต้องการด้านร่างกาย โดยงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และปรียาสลิล ไชยวุฒิ, 2559; อิสริย์ ศรีศุภโอรพ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2559; ชุลินดา ทิพย์เกษร, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2560)

โรงพยาบาลสิงห์บุรี มีจำนวนเตียงให้บริการ 310 เตียงและในหอผู้ป่วยหนัก มีจำนวนเตียง 17 เตียงรับผู้ป่วยวิกฤตทุกแผนกที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จากสถิติในปี 2560 และ 2561 พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 85 ราย เป็น 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.63 และ 42.14 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ตามลำดับ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จะมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นลำดับแรก จนอาจทำให้ละเลยความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งใช้ร่วมกันทั้งโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลสมาชิกครอบครัว ซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ ของสมาชิกครอบครัวในขณะผู้ป่วย

วิกฤตระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งจะทำให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก สามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง ส่งผลให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อศึกษาระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของกาลิโอเน่ (Gaglione, 1984) ที่กล่าวว่า ความต้องการของญาติหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Information needs) 2) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) 3) ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional needs) และ 4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) และการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะช่วยให้ครอบครัวคงความสมดุลและผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการวิจัยที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2561 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยกำหนดสัดส่วนผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย 1 ราย ต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย 1 ราย จากสถิติปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย 110 ราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน่ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 และความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 86 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือก

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย คือ 1) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 48 ชั่วโมง 2) มีคะแนน PPSv2 (Palliative performance scale version 2) ระหว่าง 10 - 30 คะแนน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และ 3) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง และคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยชัดเจน และ 3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยเป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง ภายหลังรับไว้ในหอผู้ป่วยหนัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และแบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของซูลินดา ทิพย์เกษร, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2560) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าเท่ากับ .88 แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว ประสพการณ์และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

2) แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายขณะผู้ป่วยมาับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร 17 ข้อ ด้านร่างกาย 5 ข้อ ด้านอารมณ์ 11 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 7 ข้อ รวม 40 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน)

3) แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งใช้ข้อคำถามเดียวกับแบบสอบถามความต้องการฯ แต่เป็นการถามการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการในข้อนั้นๆ มีค่าคะแนนการวัด 4 ระดับ คือ น้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งสองฉบับ ไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย แล้วนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีค่าความเชื่อมั่น .87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการภายหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยการคัดเลือกผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายก่อน จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ

เข้าร่วมวิจัย จึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและอธิบายการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยการหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) กำหนดระดับความต้องการออกเป็น 4 ระดับ โดยมีช่วงห่างหรือพิสัยของคะแนนทุกระดับเท่ากัน คือ น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 คะแนน) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.51 คะแนน) มาก (ค่าเฉลี่ย 2.52 - 3.36 คะแนน) และมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.37 - 4.00 คะแนน) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ 8/2561 ตามหนังสือที่ สห 0032.205.2/14 ลงวันที่ 17 กันยายน พ.ศ.2561 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งเหตุผลในการเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับขอความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 86 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.8) มีอายุ 60-70 ปี (ร้อยละ 42.29) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.01 ปี (SD = 11.69) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (ร้อยละ 67.23) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก 3.71 วัน (SD = 7.09) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จำนวน 86 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 47.53) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.23 ปี (SD = 12.46) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยเป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 45.58) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.40 มีอาชีพทำนา (ร้อยละ 69.52) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรค

ประจำตัว (ร้อยละ 66.22) เกือบทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมาก่อน (ร้อยละ 86.61) และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 วัน ($SD = 0.83$)

2. ระดับความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

2.1 ระดับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยความต้องการโดยรวม 3.29 คะแนน ($SD = 1.71$) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยของความ ต้องการ พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารระดับมากที่สุด ($M = 3.97$, $SD = 1.32$) ความต้องการด้านอารมณ์ระดับมาก ($M = 3.36$, $SD = 1.55$) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ระดับมาก ($M = 3.34$, $SD = 1.59$) และความต้องการด้านร่างกาย ระดับปานกลาง ($M = 2.50$, $SD = 1.37$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยรวมและรายด้าน ($n = 86$)

ความต้องการ	M	SD	ระดับ
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.97	1.32	มากที่สุด
ด้านร่างกาย	2.50	1.37	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	3.36	1.55	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	3.34	1.59	มาก
โดยรวม	3.29	1.71	มาก

2.2 ระดับของค่าเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมเท่ากับ 3.02 คะแนน ($SD = 1.66$) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการ ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสารระดับมากที่สุด ($M = 3.81$, $SD = 1.60$) ด้านอารมณ์ระดับมาก ($M = 2.92$, $SD = 2.24$) ด้านจิตวิญญาณ ระดับมาก ($M = 2.87$, $SD = 2.83$) และด้านร่างกายซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.48$, $SD = 2.96$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองโดยรวมและรายด้าน (n = 86)

การตอบสนองความต้องการ	M	SD	ระดับ
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.81	1.60	มากที่สุด
ด้านร่างกาย	2.48	2.96	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	2.92	2.24	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	2.87	2.83	มาก
โดยรวม	3.02	1.66	มาก

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.33, p = .018$) โดยความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากกว่า ($M = 3.29, SD = 1.71$) การได้รับการตอบสนองความต้องการ ($M = 3.02, SD = 1.66$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน ($t = 1.09, p = .054$) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองโดยรวมและรายด้าน โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (n = 86)

ด้าน	ความต้องการ		การตอบสนอง		$\bar{D}$	SD	t	df	p
	M	SD	M	SD					
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.97	1.32	3.81	1.60	0.16	0.70	1.81*	85	.012
ด้านร่างกาย	2.50	1.37	2.48	2.96	0.46	0.29	1.09	85	.054
ด้านอารมณ์	3.36	1.55	2.92	2.24	1.12	0.42	1.72*	85	.011
ด้านจิตวิญญาณ	3.34	1.59	2.87	2.83	0.51	0.33	3.12*	85	.003
โดยรวม	3.29	1.71	3.02	1.66	0.56	0.37	1.33*	85	.018

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการโดยรวมของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับมาก ($M = 3.29$, $SD = 1.71$) แสดงว่าเมื่อสมาชิกครอบครัวเผชิญภาวะวิกฤต เช่น การเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัว จะเกิดผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวเป็นอย่างสูง เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จึงมีความต้องการในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถปรับตัวให้รับผลกระทบดังกล่าวได้และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/ธิดาของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (ร้อยละ 45.58) จึงเกิดผลกระทบโดยตรงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, กานดา อิมสงวน, และกนกพร สุคำวัง (2556) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลและมีความต้องการในด้านต่างๆ มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) จากลักษณะของสังคมไทย ผู้หญิงมักต้องรับหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงมีความห่วงใยผูกพันกับผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อบิดามารดาหรือสามี/ภรรยาเจ็บป่วย จึงมีความต้องการในด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ความต้องการความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาและความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วยในระดับสูง (ซุลินดา ทิพย์เกษร, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2560) เมื่อพิจารณารายด้าน เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยของความ ต้องการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ($M = 3.97$, $SD = 1.32$) โดยต้องการให้พยาบาลประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนและเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, กานดา อิมสงวน, และกนกพร สุคำวัง (2556) ที่พบว่า ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวจะมีความเครียดสูง และความต้องการอันดับแรกคือการได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง และมากที่สุดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่วนความต้องการด้านอารมณ์ที่อยู่ในระดับมาก ($M = 3.36$, $SD = 1.55$) โดยต้องการได้มีส่วนร่วมเป็นผู้ตัดสินใจให้แพทย์หรือพยาบาลยุติการรักษา หรือให้การรักษาอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย ความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ($M = 3.34$, $SD = 1.59$) โดยต้องการให้มีการบอกทางและการขอขมาให้จากไปอย่างสงบ ($M = 3.88$, $SD = .89$) ส่วนความต้องการด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.50$, $SD = 1.37$) แสดงว่าเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นลำดับแรกมากกว่าความสะดวกสบายทางด้านร่างกายของตนเอง และความต้องการมากที่สุดลำดับแรกคือ ต้องการให้พยาบาลประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรคอย่างชัดเจนและเพียงพอ ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจึงควรดูแลให้สมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลจากแพทย์โดยตรงและถ้าเป็นไปได้คือ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง หรือเมื่อต้องเปลี่ยนแผนการรักษา นอกจากนี้ ในการรับส่งเวรของพยาบาลนอกจากจะส่งต่อข้อมูลด้านอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแล้ว ควรมีการส่งต่อว่าสมาชิกครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ

อาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ไปแล้วมาน้อยเพียงใด เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง ควรประเมินว่าสมาชิกครอบครัวมีการตอบสนองอย่างไร เช่น ยอมรับสภาพอาการของผู้ป่วยได้หรือไม่ เป็นต้น เพื่อให้การดูแลด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการจากพยาบาลโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.02$, $SD = 1.66$) เมื่อพิจารณารายด้านเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารระดับมากที่สุด ($M = 3.81$, $SD = 1.60$) โดยได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและมากที่สุดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($M = 3.31$, $SD = .89$) ส่วนด้านอารมณ์ได้รับการตอบสนองระดับมากเช่นกัน ($M = 2.92$, $SD = 2.24$) ซึ่งได้รับการตอบสนองมากที่สุดในเรื่อง การได้อยู่กับผู้ป่วยเมื่อมีอาการทรุดลงและเข้าสู่วาระสุดท้าย ($M = 3.91$, $SD = .43$) ด้านจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองระดับมาก ($M = 2.87$, $SD = 2.83$) โดยได้รับการตอบสนองมากที่สุดในเรื่อง ได้รับการบอกทางและการขอมาให้อภัยอย่างสงบ ($M = 3.42$, $SD = 1.05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสาขาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และโรงพยาบาลสิงห์บุรีได้นำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในทุกหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักทุกราย ได้รับการอบรมระยะสั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสอดคล้องกับการศึกษาของวารินา หนูพินิจ, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม (2560) ที่พบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก และสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ ลิ้มเจริญ, วลัยภรณ์ นันทศุภวัฒน์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2559) ที่ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลอยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งด้านการประเมินและประสานงาน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ดังนั้น กลุ่มการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และควรมีการฟื้นฟูความรู้เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ โรงพยาบาลควรมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการดูแลแบบประคับประคอง หลักสูตร 4 เดือน เพื่อปฏิบัติงานเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) และเป็นผู้ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

3. การเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก

ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.33, p = .018$) โดยความต้องการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร, กานดา อิ่มสงวน, และกนกพร สุคำวัง (2556) รวมทั้งผลการศึกษาของชุลินดา ทิพย์เกษร, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2560) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสารน้อยกว่าความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.81, p = .012$) โดยได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดในเรื่อง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลคนเดิมในแต่ละครั้ง ได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์น้อยกว่าความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.72, p = .011$) โดยได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดในเรื่อง ต้องการให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจเป็นระยะๆ การตอบสนองด้านจิตวิญญาณน้อยกว่าความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.12, p = .003$) โดยได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดในเรื่อง บรรยากาศที่เอื้ออำนวยในการอยู่กับผู้ป่วยหลังเสียชีวิตแล้ว ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก การจัดสรรอัตรากำลังของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ยังไม่มีผู้ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยตรง พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตรายอื่นๆ ที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบด้วย จากภาระงานดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ ที่พบว่า การตอบสนองด้านอารมณ์ที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ ต้องการให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุรดีนี แมเร๊ะ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกันตพร ยอดไชย (2560) ที่พบว่า อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคือ ภาระงานที่มากทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ทำให้การตอบสนองความต้องการน้อยกว่าความต้องการ เช่น ด้านบุคลากรซึ่งพบว่า ในหอผู้ป่วยหนักเน้นการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยส่งอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาเรียน 4 เดือน มากกว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งมีเพียงการอบรมระยะสั้นเพียง 2-3 วัน ภายในโรงพยาบาลเท่านั้น และไม่มี การอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อีกทั้ง ระบบการมอบหมายงานที่ไม่สามารถมอบหมายให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยรายเดิมได้อย่างต่อเนื่องในทุกเวร ทำให้ผลการวิจัย พบว่า การได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลคนเดิมในแต่ละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา อุบนิสาร, และจากรุวรรณ บุญรัตน์ (2556) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนต่อเนื่องและเป็นขั้นตอน รวมทั้งจากการศึกษาของนุรดีนี แมเร๊ะ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกันตพร ยอดไชย (2560) ซึ่งพบว่า ความคาดหวังที่มากเกินไปของครอบครัวส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสารที่ไม่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพของพยาบาล ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวมักรับรู้อาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน แต่ขาดการรับรู้การดำเนินโรคหรือการพยากรณ์โรค (ปิตตานิกวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และธีราภรณ์ จันทรดา, 2559) นอกจากนี้ หอผู้ป่วยหนักยังไม่มีพื้นที่เป็นสัดส่วนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยยังคงอยู่ท่ามกลางผู้ป่วยวิกฤตรายอื่นๆ ที่ต้องการการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา เขียวขำ และคณะ

(2556) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการพื้นที่เป็นส่วนในการรับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลและเพื่ออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย นอกจากนี้ภายหลังการเสียชีวิตใน 2 - 3 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยยังคงต้องอยู่ท่ามกลางผู้ป่วยวิกฤตรายอื่นๆ ทำให้ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว และไม่สามารถแสดงความรู้สึกต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดในเรื่อง บรรยากาศที่เอื้ออำนวยในการอยู่กับผู้ป่วยหลังเสียชีวิตแล้ว ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจึงควรจัดสถานที่เป็นส่วน สำหรับให้สมาชิกครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและภายหลังเสียชีวิต เช่น การกั้นม่าน การลดเสียงรบกวนจากเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งเสียงการสื่อสารในทีมการพยาบาล รวมถึงการไม่รบกวนสมาชิกในครอบครัวโดยไม่จำเป็น เพื่อให้มีเวลาส่วนตัวในการอยู่กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอจนวาระสุดท้ายและภายหลังการเสียชีวิต

จากผลการวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก มีความต้องการการดูแลจากพยาบาลในด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณ ต้องการในระดับมาก ส่วนด้านร่างกายต้องการในระดับปานกลาง แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการจากพยาบาลน้อยกว่าความต้องการทั้ง 3 ด้าน มีเพียงด้านร่างกายที่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอกับความต้องการ หอผู้ป่วยหนักจึงควรมีแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นรายกรณี เพื่อตอบสนองความต้องการทุกด้านของแต่ละครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายและบริบทของแต่ละครอบครัวมีความซับซ้อนแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักควรนำผลการวิจัยที่ได้ ปรับปรุงการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะการให้ข้อมูลและการสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยเมื่อใกล้ถึงวาระสุดท้ายและภายหลังการเสียชีวิต
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ ว่ามีความต้องการที่แตกต่างกันหรือไม่ รวมทั้งควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลจากบริบทที่มีความหลากหลายและนำไปพัฒนาการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.

- กุลพิชญ์ เวชรัชต์พิมล. (2560). แนวทางการสนทนาเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 61(3), 363-371.
- ชุลินดา ทิพย์เกษร, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ดั่งแสง. (2560). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้าย. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(4), 80-99.
- นิษฐา เอื้ออารีมิตร. (2560). Is it time to think about palliative care in ICU. *วารสารเวชบำบัดวิกฤต*, 25(1), 28-31.
- นุรดีน แม่เฒ่า, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกันตพร ยอดไชย. (2560). อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู: ประสบการณ์ของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 74-82.
- ประสิทธิ์ วัฒนภา. (2560). The best ICU. ใน ดุสิต สถาวร, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, และสทล ปุญญถาวร. (บ.ก.), *Best practice in critical care*. (หน้า 1-5). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต.
- บุญศรี พรหมมาพันธุ์. (2558). เทคนิคการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการวิจัย. *วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ*, 8(2), 24- 40.
- ปัทมिता นีกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และจิราภรณ์ จันทร์ดา. (2559). การรับรู้และการดูแลของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(1), 128-140.
- ปาริชาติ ลิ้มเจริญ, วลัยภรณ์ นันทศุภวัฒน์, และวารินทร์ ปินโยเซ็น (2559). คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 113-121.
- รุ่งนภา เขียวขำ, ศรีสุตา งามขำ, คงขวัญ จันทรมะธากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร, และสาคร พร้อมเพราะ. (2556). ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 24-34.
- เยาวลักษณ์ คมขวัญ, และปรียาสลิล ไชยวุฒิ. (2559). การเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(2), 125-138.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2555). การตัดสินใจในระยะสุดท้าย: สถานการณ์ตัวอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียู. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(2), 59-68.

- วารินา หนูพินิจ, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม.(2560). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(4), 94-106.
- สุริยา ฟองเกิด, ศุภรา หิमानันโต, และสืบทระกูล ตันตลานุกูล. (2559). การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักตามบริบทของสังคมไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(ฉบับเพิ่มเติม 1), 170-178.
- สุพัตรา อุปนิสากร, และจารุวรรณ บุญรัตน์. (2556). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(3), 37-50.
- ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, กานดา อิ่มสงวน และกนกพร สุขคำวัง. (2556). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 40 (พิเศษ มกราคม 2556), 35-46.
- อิสริย์ ศรีสุภโอราพ, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 77-91.
- Gaglione, K.M. (1984). Assessing and intervention with families of CCU patients. *Nurs Clin North Am*, 19(3), 247-432.

บทความวิจัย (Research article)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี The Study of Factors Related to Use Emergency Medical Services, Ratchaburi Province

สุรภา ขุนทองแก้ว^{1*}

Surapa Khuntongkaew^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ems_rb01@hotmail.com) โทรศัพท์ 086-3358208

(Received: January 20, 2019; Revised: March 20, 2019; Accepted: April 17, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตจังหวัดราชบุรี ด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 398 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

1. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความสะดวกในการใช้รถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 57.54 และอยู่ภาวะตกใจจึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 26.88 การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = .71$) และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .71$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การมีโรคประจำตัว การมีรถยนต์ส่วนตัวและการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .325$)

จากผลการวิจัยข้างต้น หน่วยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลด้านการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมของการให้บริการฉุกเฉินทั้งทางด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและเจ้าหน้าที่บริการ

คำสำคัญ: การรับรู้, ความคาดหวัง, บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

¹ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

Public health technical officer, Professional level, Ratchaburi provincial health office

Abstract

This retrospective analytical research aimed to study, 1) the situation of using emergency medical service, and 2) the factors related to use emergency medical service of the government hospitals in Ratchaburi province. Data were collected from 398 emergency patients that attended emergency room since year 2018. Samples were collected by using stratified random sampling. The research instruments were questionnaires of the situation of using emergency medical service, perception and expectation toward emergency medical service of emergency patients. The data analyze the frequency distribution, percentage, standard deviation and chi-square test. The results were as follows;

1. The reasons for not using emergency medical service such as they used a private car (57.54%), and they was in a state of shock and forgot to call the emergency medical service (26.88%). The average score of perception toward emergency medical service was at a good level ($M = 4.34$, $SD = .71$), and the average expectation score was at a very good level ($M = 4.52$, $SD = .71$).

2. The chi-square test reveal the having a private care, having a chronic disease, and perception toward emergency medical service were significantly associated with the use of emergency medical service among emergency patients ($p < .05$). Therefore, the expectation score was not correlated with the use of emergency medical service ($p = .325$).

This research finding could be used for all level of emergency medical operations units should be provided information on the recognition of emergency medical services to the public, especially in patients with underlying diseases. In addition, prepare the availability of emergency services in both equipment and service personnel.

Keywords: Perception, Expectation, Emergency medical service

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทุกประเทศทั่วโลก โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ทั้งถึงและเท่าเทียมกัน (World Health Organization: WHO, 2005) ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2554 ซึ่งได้กำหนดให้การดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินของสถานพยาบาลเป็นไปด้วยความรวดเร็ว มีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการ

การปฏิบัติฉุกเฉิน โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้มีการขยายบริการครอบคลุม ทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ให้ประชาชนรับรู้และสามารถ เข้าถึงบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความ ต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล ให้มีความปลอดภัยในชีวิต มากขึ้น (ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง ข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ.2554, 2554)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และล่าสุดได้มีข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาลที่ระบุดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2554 กล่าวถึงการปฏิบัติการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติฉุกเฉินที่ไม่ได้ กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การจัดการ การประสาน การควบคุมดูแล และการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการแพทย์ที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และทันทั่วถึง เพื่อลดและ ป้องกันความสูญเสียจากอวัยวะที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือเกิดความ บกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรือการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดระบบการสื่อสารและการ ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพื่อให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถ ตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มี ความปลอดภัย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

แผนนโยบายการส่งเสริมให้จัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในทุกระดับ ครอบคลุมพื้นที่เกือบ ทั้งหมดของประเทศ แต่อัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีการรับแจ้งเหตุและ สั่งการ ในปี พ.ศ.2558 จำนวน 1,362,030 ครั้ง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,488,815 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,568,952 ครั้ง หรือคิดเป็นอัตรา 2,406.19 ครั้ง ต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตามยังมີ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ โดยค่าเฉลี่ยอัตราการ เข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2560 เท่ากับ 2,324.57 ครั้ง (SD = 1,047) ซึ่งข้อมูลมีการกระจายสูงมากในเขตอำเภอเมือง พบอัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 40 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

จากผลการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าสัดส่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉิน มีเพียงร้อยละ 19 - 20 เท่านั้น (วิทยา ขาดิษฐ์ชัย, และ ไพศาล โชติกล่อม, 2556) สอดคล้องกับข้อมูลรายงานผลการ ดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี ระหว่างปี 2557-2559 อยู่ระหว่างร้อยละ 14.00 – 19.50 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2561) และจากการศึกษาของณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์, สุเทพ สินิกิตติยานนท์, นฤมล ปาเฉย, อรพรรณ มั่นตระกูล, และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์ (2558) พบว่า ประชาชน

ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ รวมทั้งญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจากจุดเกิดเหตุไปที่โรงพยาบาลเอง โดยไม่มีการเรียกใช้หรือส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยเดินทางมาเอง เกิดจากความเข้าใจของผู้ใช้บริการคิดว่า บริการ 1669 ใช้กับการอุบัติเหตุเท่านั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ มาเดินทางมาโรงพยาบาลจะมีญาติติดตามมาด้วย จึงเกิดความไม่สะดวกในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากสถานการณ์ดังกล่าวจะส่งให้ผู้ป่วยฉุกเฉินของไทยยังคงมีภาวะเสี่ยงที่จะเสียชีวิตและ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ เพราะการนำส่งผู้ป่วยเองหรือเดินทางมาเองในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความช่วยเหลือ การเคลื่อนย้ายและการรักษาพยาบาล ในระยะฉุกเฉินที่เหมาะสมกับภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน (ธงชัย อามาศยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสฤตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, และบัณฑิต บุญจันทร์, 2560) นอกจากนี้ ยังพบประเด็นเรื่องการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการ โดยพบว่ายังมีพื้นที่ประมาณ ร้อยละ 20 ที่ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติการ และพื้นที่อีกส่วนหนึ่งที่จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแล้วแต่ไม่ได้ดำเนินการ (สงครามชัย ลีทองดี, 2556) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา โดยเฉพาะการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในขณะที่ใช้บริการ (กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุท, และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์, 2559; ธงชัย อามาศยบัณฑิต และคณะ, 2560) แต่ยังขาดการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลัง

ผู้วิจัยในสถานะที่ปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี โดยมีบทบาทในการจัดระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดราชบุรี เพื่อบริการประชาชนเมื่อเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง ตามแนวทางการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดของระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินออกเป็น 2 ระบบใหญ่ๆ คือ 1) ระบบการบริการผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre hospital care) และ 2) ระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อ (In hospital care and inter hospital care) โดยระบบการบริการผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลประกอบด้วย การรับแจ้งเหตุ การส่งการ การเข้าช่วยเหลือ การคัดกรอง การนำส่ง โดยมีตัวชี้วัด คือ หลังจากที่ได้รับแจ้งเหตุ หน่วยกู้ชีพต้องไปถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที ระยะไม่เกิน 10 กิโลเมตร (Response time) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 กรณีผู้ป่วยวิกฤตต้องไปถึงที่เกิดเหตุและให้การช่วยเหลือภายใน 8 นาที ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) จังหวัดราชบุรีได้ดำเนินการงานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ โดยผลการดำเนินงานของจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2559 – 2561 ร้อยละ 75.5, 82.95 และ 85.52 ตามลำดับ และมีผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างน้อย ร้อยละ 14 – 19.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2561).

การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ ดำเนินการวิจัยโดยการวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัด

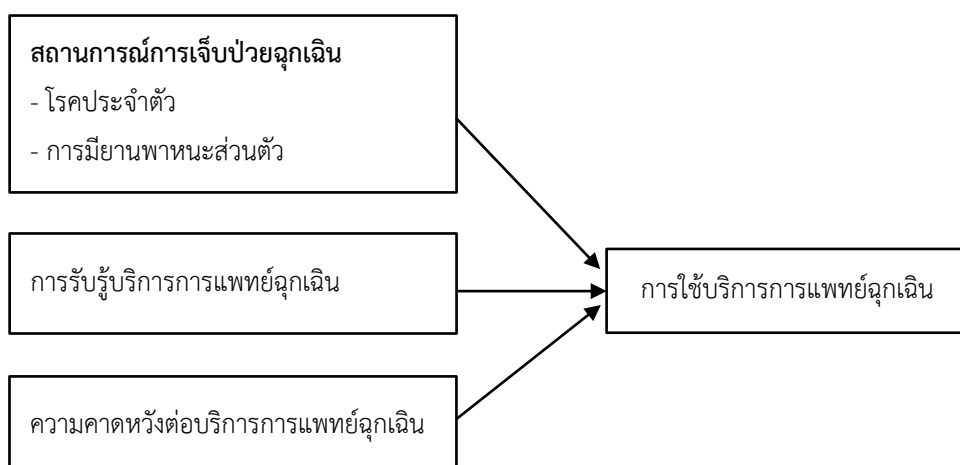
ราชบุรี และส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ทำการศึกษาตามแนวคิดการรับรู้ของ Schiffman, and Kanuk (2000) การรับรู้ คือ กระบวนการที่แต่ละบุคคลมีการเลือกประมวลผลและการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้น ในการวิจัยนี้ บริการการแพทย์เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ การรับรู้นี้ช่วยให้บุคคลตัดสินใจเลือกและตีความในสิ่งที่ได้รับจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งศึกษาตามแนวคิดความคาดหวังของ Vroom (1984) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลต้องการแสดงพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับความหวังของบุคคลนั้นว่ามีพฤติกรรมหรือการกระทำซึ่งจะนำผลลัพธ์ที่ต้องการและความน่าสนใจของผลลัพธ์ที่ได้นั้นมากขึ้น และแสดงออกมาเป็นคุณค่าของการบริการนั้นๆ ดังนั้น หากบุคคลมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก็จะทำให้บุคคลเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งศึกษาปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การมีโรคประจำตัวและการมียานพาหนะส่วนตัว โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขต จังหวัดจังหวัดราชบุรี จำนวน 11 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 106,256 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดราชบุรีและที่มารับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2561 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie, and Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 423 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากโรงพยาบาลของรัฐ 11 แห่งในเขต จังหวัดราชบุรี และสุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลเข้าสู่วิจัยตามสัดส่วน (Proportional allocation) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตจังหวัดจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
	ประชากร (คน)		กลุ่มตัวอย่าง (คน)	
	ไม่ใช้	ใช้	ไม่ใช้	ใช้
โรงพยาบาลราชบุรี	19,697	1,366	79	5
โรงพยาบาลบ้านโป่ง	24,581	1,705	97	7
โรงพยาบาลโพธาราม	12,387	361	49	3
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	12,850	633	51	3
โรงพยาบาลบางแพ	804	101	3	1
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จอมบึง	13,912	523	54	3
โรงพยาบาลวัดเพลง	619	73	2	1
โรงพยาบาลปากท่อ	1,540	152	6	1
โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน	1,856	138	7	1
โรงพยาบาลสวนผึ้ง	5,717	950	22	4
โรงพยาบาลบ้านคา	5,503	788	21	4
รวม	99,466	6,790	391	32
รวมทั้งสิ้น	106,256		423	

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นญาติของผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทย โดยไม่จำกัดเพศ และมีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) พักอาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี 3) ติดต่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลได้จาก เบอร์โทรศัพท์ 4) พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา การมียานพาหนะส่วนตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) เกี่ยวกับการเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุ ช่วงเวลาของการเกิดเหตุ กิจกรรมที่กระทำขณะเกิดเหตุ ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน พาหนะที่ใช้ในการมารับบริการ และเหตุผลในการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เรียงจากน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ไปยังมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ 5 ข้อ 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ 5 ข้อ 3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ข้อ 4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 4 ข้อ 5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง 4 ข้อ และ 6) การนำส่งสถานพยาบาล 6 ข้อ รวมเป็น 26 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เรียงจากน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ไปยังมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ

ตอนที่ 5 การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ได้แก่ การใช้และไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบสอบถามการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ท่าน และด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน และนำแบบสอบถามการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและแบบสอบถามความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .841 และ .918 ตามลำดับ และมีเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2535)

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาย้อนหลังนี้ มีวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดจังหวัดราชบุรีต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 11 แห่ง รวมทั้งการคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยจากโรงพยาบาลทั้ง 11 แห่ง พร้อมกับชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number) และมีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ โดยนำมาจัดแยกตามกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากนั้นสุ่มเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีเลขประจำตัวผู้ป่วยเป็นเลขคู่ จนได้ครบตามจำนวนและสำรองไว้อีกกลุ่มละ 10% เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ไปเก็บข้อมูลแล้วไม่สามารถเก็บได้ ซึ่งได้จัดเรียงไว้ตามลำดับ

3. ดำเนินการให้ผู้ช่วยนักวิจัย ติดตามไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยที่บ้านตามที่อยู่ ในแจ้งไว้กับโรงพยาบาล โดยมีการติดต่อเพื่อนัดหมายการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้กับโรงพยาบาล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ.2562 โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่คัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 398 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.09

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะการเกิดภาวะฉุกเฉินและการเลือกใช้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) โดยจัดกลุ่มตัวแปรต้น ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ออกเป็น ไม่มี มีแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน และมีและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ตัวแปรการมี/ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ตัวแปรการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกเป็น 2 ระดับ คือ น้อย (เลือก 1 – 3 คะแนน) และระดับมาก (เลือก 4 – 5 คะแนน) และตัวแปรความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (เลือก 1 – 2 คะแนน) ปานกลาง (เลือก 3 คะแนน) และมาก (เลือก 4 – 5 คะแนน) และตัวแปรตาม คือ การใช้/ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการทดสอบไคสแควร์ คือ ค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected count) ในแต่ละช่อง ต้องไม่ต่ำกว่า 5 และไม่มากกว่า 20% ของจำนวนช่องทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลข RbPH REC 010/2562 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โดยผู้ช่วยนักวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บไว้

เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้และทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดราชบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.80 และเป็นเพศชายร้อยละ 40.20 มีอายุเฉลี่ย 43.99 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.52 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 20 – 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.49 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 34.17 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 29.90 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 19.85 และปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 1.26 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.18 เกษตรกรรม ร้อยละ 16.83 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 2.51 การพักอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับสมาชิกหลายคนในครอบครัว ร้อยละ 50.75 อยู่กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.42 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 7.79 ครอบครัวมีรถยนต์ ร้อยละ 62.81 รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 90.95 ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 59.30 เขตเทศบาลตำบล ร้อยละ 25.63 และเขตเทศบาลเมือง ร้อยละ 15.07 ตามลำดับ

2. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

2.1 การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเกิดในบ้าน/ในบริเวณบ้าน ร้อยละ 68.84 และเกิดนอกบ้าน/สถานที่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.16 ช่วงเวลาของการเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เกิดช่วงเวลากลางวัน ร้อยละ 53.02 เกิดในช่วงเวลาเย็นถึงกลางคืน ร้อยละ 26.88 ช่วงดึก/ไม่ระบุเวลาเกิดเหตุ ร้อยละ 10.05) ตามลำดับ ขณะเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่กำลังนอน (ร้อยละ 28.90) กำลังทำงานบ้าน ร้อยละ 26.38) และทำกิจกรรมอื่นๆ ร้อยละ 10.05) ตามลำดับ ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ การเจ็บป่วยทั่วไป ร้อยละ 69.10 และเกิดจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 30.90 เมื่อการเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้โทรแจ้งเหตุ ร้อยละ 84.92 และโทรแจ้งเหตุ ร้อยละ 15.08 เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 53.52 อาศัยรถเพื่อนบ้าน ร้อยละ 15.33 และรถอื่นๆ ร้อยละ 1.26 ตามลำดับ โดยมีเหตุผลในการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคือ การมารับบริการด้วยรถยนต์ส่วนตัวมีความสะดวก ร้อยละ 57.54 รองลงมาคือ อยู่ในภาวะตกใจ ทำให้ไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน ร้อยละ 26.88 และไม่รู้ว่าจะแจ้งที่หมายเลขใด ร้อยละ 17.09 ตามลำดับ และเหตุผลของการไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยที่สุด คือ เคยมีประสบการณ์ใช้แล้ว ไม่ประทับใจ ร้อยละ 3.27

2.2 การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) ผลการวิจัย

พบว่า การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = .71$) และในรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การนำส่งสถานพยาบาล ($M = 4.40$, $SD = .72$) รองลงมา คือ การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ($M = 4.36$, $SD = .80$) และต่ำสุดในด้านการลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง ($M = 4.07$, $SD = .79$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($n = 398$)

การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	M	SD	ระดับ
การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ	4.17	.83	มาก
การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ	4.25	.86	มาก
การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน	4.28	.77	มาก
การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ	4.36	.80	มาก
การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง	4.07	.79	มาก
การนำส่งสถานพยาบาล	4.40	.72	มาก
โดยรวม	4.34	.71	มาก

2.3 ความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .71$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

ผลการทดสอบทดสอบไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว ($p = .000$) การมีรถยนต์ส่วนตัว ($p = .016$) และการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .004$) มีความสัมพันธ์กับการใช้/ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ยกเว้น ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .325$) โดยร้อยละ 3.80 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 10.80 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 5.50 ของผู้ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 58.00 ของผู้ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 10.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมในระดับมาก ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 11.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมในระดับน้อย ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการทดสอบไคสแควร์

ปัจจัย	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (จำนวน/ร้อยละ)			χ^2	p
	ใช้	ไม่ใช้	รวม		
โรคประจำตัว				19.64*	.000
ไม่มี	21(5.30)	273(68.60)	294(73.09)		
มีแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน	5(1.30)	43(10.80)	48(12.10)		
มีแต่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน	15(3.80)	41(10.30)	56(14.00)		
รถยนต์ส่วนตัว				5.83*	.016
มี	19(4.80)	231(58.00)	250(62.80)		
ไม่มี	22(5.50)	126(31.70)	148(37.20)		
การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน				11.21*	.004
น้อย	0(0.00)	45(11.30)	45(11.30)		
มาก	41(10.30)	312(78.40)	353(88.70)		
ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน				2.25	.325
ฉุกเฉิน	1(0.20)	32(8.10)	33(8.30)		
น้อย					
ปานกลาง	14(3.50)	103(25.90)	117(29.40)		
มาก	26(6.50)	222(55.70)	248(62.30)		

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

1.1 การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเกิดในช่วงเวลากลางวัน และสาเหตุของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นจากโรคทั่วไปที่ไม่ใช่อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ จึงไม่ได้โทรแจ้งเหตุ จึงทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนตัว จึงเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว เพราะมีความสะดวกกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 83.80 โดยให้เหตุผลว่าเพื่อความอุ่นใจและไว้วางใจบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมากกว่าใช้รถกู้ชีพ รวมทั้งมีความเชื่อว่า “ยิ่งถึงมือหมอเร็วเท่าไร จะยิ่งปลอดภัยมากขึ้น” และ “ใช้รถยนต์ส่วนตัวสะดวกไปได้เลยไม่ต้องรอ ไม่รู้จะมาเมื่อไหร่” ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การประชาสัมพันธ์และการทำความเข้าใจกับประชาชนในเรื่อง ความจำเป็นของการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นประเด็นที่ต้องแก้ไขปรับปรุงต่อไป

1.2 การรับรู้บริการการแพทย์โดยรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ($M = 4.34$, $SD = .71$) ทั้งนี้ เป็นเพราะประชาชนเกิดการเรียนรู้ถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อต่างๆ เช่น ป้าย/โปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์ การได้รับข้อมูลจากและคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ต่างๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมของการดำเนินชีวิต ซึ่งกระบวนการรับรู้ (Perception Process) เป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่ประกอบด้วยสิ่งเร้า (Stimuli) แล้วจึงแปลออกเป็นการรับรู้ซึ่งเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มพูนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ, และบวร วิทย์ขำนาญกุล (2556) พบว่า การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากป้ายข้างทาง ป้ายโฆษณา และสอดคล้องกับการศึกษาของณชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิริทธิ์ กิตติพิชัย, และอุมาวดี เหลลาทอง (2559). ที่ว่าทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 จากสติ๊กเกอร์ที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นำมาแจกเพื่อให้ติดไว้ที่บ้านและบางรายรู้จักเบอร์ 1669 จากการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ

1.3 ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .71$) ทั้งนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังถึงความปลอดภัยที่ได้รับจากบริการทางการแพทย์ ความคาดหวังเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องคำนึงว่าตนเองมีการบริการอย่างเต็มความสามารถและเต็มใจที่สุด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจิตรประไพ สุรชิต (2560) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.48) ทั้งนี้ อาจเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ความเจ็บป่วย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

ผลการวิจัย พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยร้อยละ 3.80 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 1.30 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวแต่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้เป็นเพราะการมีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นได้ตลอดเวลาและอาจเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินบ่อยครั้ง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงมักเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด มีโอกาสใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

การมีรถยนต์ส่วนตัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .016$) โดยร้อยละ 5.50 ของผู้ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวมีการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 58.0 ของผู้ที่มีรถยนต์ส่วนตัว ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า การใช้รถยนต์ส่วนตัวมีความสะดวก ไม่ยุ่งยากและการเกิดเหตุทำให้ญาติตกใจ จึงไม่นึกถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และใช้รถยนต์ส่วนตัวมากกว่าการพึ่งบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีรถยนต์ จะมีโอกาสไม่ใช้บริการ

การแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยบ้านที่ไม่มีรถยนต์ มากเป็น 1.8 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย อามาศยบัณฑิต และคณะ (2560) ที่พบว่า การมียานพาหนะส่วนตัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหรือ ผู้นำส่งผู้ป่วยข้ามขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) โดยที่ร้อยละ 10.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมในระดับมากที่สุดใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละ 11.30 ของผู้ที่มีระดับการรับรู้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในระดับน้อยไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินมีองค์ประกอบหลายอย่าง ตั้งแต่การเจ็บป่วยและการพบเหตุ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงย้ายและ การดูแลระหว่างนำส่ง และการนำส่งสถานพยาบาล ซึ่งองค์ประกอบของบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่ บ่งบอกถึงบริการที่ปลอดภัยสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย อามาศยบัณฑิต (2560) พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉิน 6.1 เท่าของผู้ที่ไม่รู้ เชื่อมั่นในตนเองต่อการใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6.0 เท่า ของผู้รับรู้ระดับปานกลางถึงต่ำ ดังนั้น การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ($p = .325$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ความคาดหวังเป็นความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้เลือกใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะความคาดหวังจากบริการมาจาก บริการที่เห็นได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการ เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรประไพ สุรชิต (2560) ที่ว่าความ คาดหวังการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การที่ประชาชนเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิด เหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น การรับรู้ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมื การประชาสัมพันธ์และสร้างความไว้วางใจในบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะผู้ป่วยจะตัดสินใจ เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากสิ่งที่ได้รับรู้ นอกจากนี้ยังพบว่า ความคาดหวังผลจากบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีการสร้าง ระบบความมั่นใจ เพราะหากศักยภาพของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ รวมถึงระบบบริการที่ดี จะสร้าง ความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละระดับและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปฐมภูมิ ควรกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการกำหนดจุดพิกัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน รถกู้ชีพสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องตามพิกัดที่แจ้งไว้

2. บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับทุติยภูมิ ควรมีการจัดทำแผนการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างทั่วถึง ควรมีการทำนวัตกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน และควรมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการบนรถฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเหตุ ทักษะการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

3. บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป) ควรมีการดำเนินการในลักษณะการประสานเชื่อมโยงบริการของเครือข่ายในระดับต่าง ๆ พร้อมทั้งพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิถ, อีระ ศิริสมุด, นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, และณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์. (2559). *สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- จิตรประไพ สุจริต. (2560) การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(2), 271-278.
- ณิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศีลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิธณิธิ กิตติพิชัย, และอุมาวดี เหลาทอง. (2559) *การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- ณัฏชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจ, และบวร วิทย์ชำนาญกุล. (2556). เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(2), 268-269.
- ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์, สุเทพ สนิทิตยานนท์, นฤมล ปาเฉย, อรพรรณ มั่นตะรักษ์, และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์. (2558). *ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธงชัย อามาศยบัณฑิต. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤต ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(5), 883-895.

- ธงชัย อามาศยบัณฑิต, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, อินทนิล เชื้อบุญชัย, เสาวนีย์ โสบุญ, บดินทร์ บุญจันทร์ (2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 37-46.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง ข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ.2554. (2554, 4 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 131 ง หน้า 36 สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <https://www.niems.go.th/th/Upload/file/25550110013831.pdf>.
- ประคอง กรณสุต. (2535). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ขาดปัญญาชัย, และไพศาล โชติกล่อม (2556). สถิติผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Service) และผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2554 (เอกสารอัดสำเนา). ขอนแก่น: ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น.
- สงครามชัย ลีทองดี. (2556). *การประเมินแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553 – 2555* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564* (ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2561 จาก https://www.niems.go.th/th/Upload/File/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2561). *รายงานสถานการณ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3 ปีย้อนหลัง* (เอกสารอัดสำเนา). ราชบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (1994). *Consumer behavior* (5thed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Vroom, V. H. (1984). *Work and motivation*. Florida: Krieger Publishing.
- World Health Organization: WHO. (2005). *Prehospital trauma care systems*. Geneva: World Health Organization.

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ของนักศึกษาพยาบาล

Factors Related to Behaviors Regarding High Cholesterol Diets Consuming among Nursing Students

นาตาลี บัวงาม¹, ธัญญา ฮวบสมบูรณ์¹,

ภัทรกร ประภาลิ้มรังสี¹, อาริรัตน์ บุญสูง¹, ศิวพร เกาะเกตุ¹, กมลพรรณ วัฒนากอร์^{2*}

Natalee Buangam¹, Thananya Hupsomboon¹, Pattaraporn Prapalimrangsee¹,

Areerat Boonsong¹, Siwaporn Korket¹, Kamonpun Wattanakorn^{2*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kamonpun@pckpb.ac.th) โทรศัพท์ 082-2068842

(Received: January 20, 2019; Revised: February 20, 2019; Accepted: April 05, 2019)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประชากรวัยรุ่นไทย มีแนวโน้มของการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงเพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคต การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 212 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ เจตคติต่อการบริโภคอาหารและถามปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น .80, .86, .73 และ .88 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้ด้านการบริโภคอาหาร มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 22.64 จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน และผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารนี้ จะเห็นได้ว่า นักศึกษาพยาบาลบริโภคอาหารจานด่วนเป็นส่วนใหญ่และขาดการออกกำลังกาย สถานศึกษาควรนำไปใช้

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Nursing student, Prachomklao college of nursing, Phetchaburi province

² อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Nursing instructor, Prachomklao college of nursing, Phetchaburi province

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายสำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, เจตคติ, การรับรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Abstract

Thai adolescents tend to consume more high cholesterol diets resulting in their health status in the future. This descriptive research aimed to examine the relationships between diet consuming knowledge, attitude towards diet consuming, health perception, environmental factor of nursing college, and high cholesterol diets consuming behaviors among nursing students. The participants of this study included 212 nursing students. A simple random technique was used to recruit participants in this study. Five research instruments were used to collect data, comprised of a set of questionnaires including diet consuming behavior, health perception, attitude towards diet consuming environmental factor and diet consuming knowledge questionnaires. The Cronbach's alpha reliability coefficient was tested for the first fourth questionnaires with acceptable values (0.80, 0.86, 0.73, and 0.88, respectively). KR-20 was tested for the fifth questionnaire with acceptable value (0.91). Data were analyzed using descriptive statistics, and the Pearson product-moment correlation coefficient.

The results showed that diet consuming behavior was at a fair level (mean score 22.64 out of 45). Pearson's correlation coefficient showed that there was no relationship between diet consuming knowledge, attitude towards diet consuming, health perception, environmental factor of nursing college, and high cholesterol diets consuming behaviors among nursing students. Regarding eating behaviors, most of nursing students consumed fast food and lacked of exercise. Then, nursing college would be beneficial to use for developing a guideline of care related to diet consuming and exercise behavior among nursing students.

Keywords: Knowledge, Attitude, Health perception, Environmental factor of college, Consuming behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดสูงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก จากสถิติการรายงานประชากร 1 พันล้านคน พบว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติถึง 350 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2011) สมาคมโรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย (2560) กล่าวถึง ภาวะไขมัน

ในเลือดสูง (Dyslipidemia) คือ ภาวะที่มีไขมันผิดปกติ คือ Triglycerides และ Cholesterol ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และส่งผลต่อการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งพบสถิติการรายงานการเสียชีวิตที่เกิดจากภาวะคอเลสเตอรอลสูงถึง 2.6 ล้านคนต่อปีทั่วโลก (World Health Organization: WHO, 2011) นอกจากนี้ การศึกษาของ Wilson, Polonsky, Miedema, Khera, Kosinski, and Kuvin (2018) รายงานว่าผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงมีอัตราการตายสูง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในปัจจุบันพบว่า มีการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มอาหารที่มีไขมันสูงถึง ร้อยละ 48.10 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2 พบว่าประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีระดับไขมัน Triglyceride มากกว่า 240 mg/dl พบความชุกในผู้หญิงร้อยละ 21.40 และผู้ชายร้อยละ 16.70 (วิชัย เอกพลากร, ม.ป.ป.) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547-2548 (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) พบว่า ความชุกเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น และจากรายงานผลการสำรวจครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 5) พ.ศ.2557 พบความชุกในผู้หญิงร้อยละ 17.7 และผู้ชายร้อยละ 14.9 (วิชัย เอกพลากร, 2557) ซึ่งแม้ว่าจะมีค่าลดลงแต่ก็มีความชุกอยู่ในระดับสูงสำหรับวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2558 โดยโรงพยาบาลจุฬาเวช จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า นักศึกษามีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 16.58 (โรงพยาบาลจุฬาเวช, 2558) และในปีพ.ศ. 2559 พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูงจำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 57.56 (โรงพยาบาลจุฬาเวช, 2559) ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง พบว่าหากบุคคลมีความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร ก็จะสามารถเลือกสรร และบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งความรู้นี้จะส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมกรรมการบริโภค (สุวรรณา เขียงขุนทด, ชนิตา มัททวงกูร, กุลธิดา จันท์เจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล, ฐิติมา อุดมศรี, และคณะ, 2556) และจากการศึกษาของกฤษฎาพร แสงทรัพย์ (2556) โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health believe model) พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติได้ นอกจากนี้ปัจจัยด้านเจตคติ ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยการตอบสนองในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2553) และเจตคติเป็นเรื่องของความเชื่อและการประเมินค่าที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ปัจจุบันการบริโภคอาหารของคนไทย เปลี่ยนไปเป็นอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ซึ่งถ้าหากบริโภคเป็นประจำจะส่งผลให้เกิดโรคอ้วนและไขมันในเลือดสูงได้ (พร้อมจิต ศรีลัมพ์, 2556) ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากขาดการรับรู้ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา ยังส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค

อาหารเพื่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสูง สังคมและวัฒนธรรม นโยบาย และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (ปนนดา จันทรสุกรี และวสิน แก้วชาญคำ, 2561) โดยในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ลักษณะการจำหน่ายของร้านอาหาร เช่น การจำหน่ายอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การมีช่วงเวลาจำกัดในการเลือกสรรอาหาร การมีร้านจำหน่ายเครื่องดื่ม ขนมปังเนยนม น้ำปั่นต่างๆ และการสังสรรค์ของนักศึกษา ซึ่งส่วนมากจะรับประทานอาหารประเภทปิ้งย่างร่วมกัน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของจำนวนนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในเวลาหนึ่งปี จากเดิมร้อยละ 16.58 มาเป็น ร้อยละ 57.56 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพในอนาคตของนักศึกษาพยาบาลในอนาคต

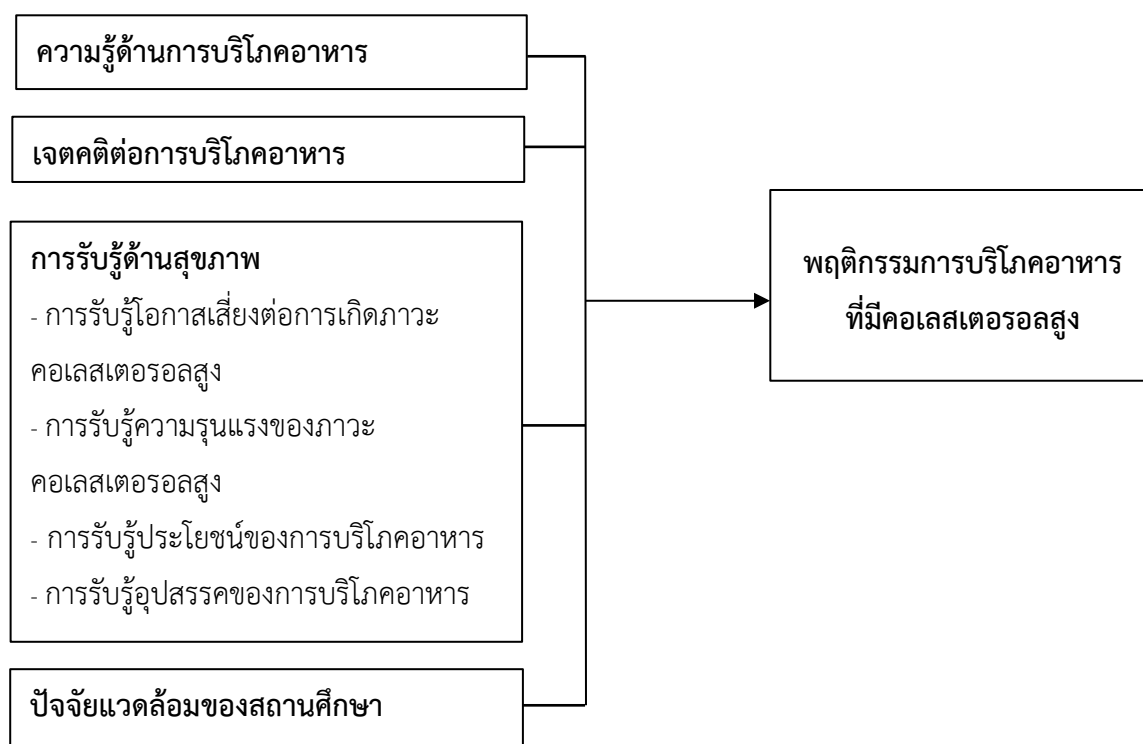
ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ ปัจจัยความรู้ด้านการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้นักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง อีกทั้งยังลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ (Becker, 1974) โดยกล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการคิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้านได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคอเลสเตอรอลสูง 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะคอเลสเตอรอลสูง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร นอกจากองค์ประกอบด้านการรับรู้ด้านสุขภาพแล้ว ยังมีปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และทำให้การปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร และปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาอีกด้วย ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษากับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2560 ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2560

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปีการศึกษา 2561 ทุกชั้นปี รวมทั้งหมด 407 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ความคลาดเคลื่อน .05 จำนวน 212 คน และคัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายเป็นสัดส่วนตามชั้นปีของนักศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออก เป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ผลการตรวจระดับคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดครั้งที่ผ่านมา ความถี่ในการออกกำลังกาย และค่าดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาลของกฤษฎาพร แสงทรัพย์ (2556) มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 4 ประเภท ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์และไข่ อาหารประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ อาหารประเภทของหวานและเครื่องดื่ม และอาหารประเภทอื่นๆ เช่น อาหารจานด่วน ซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ 3 = ปฏิบัติทุกวัน 2 = ปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติบางครั้ง 0 = ไม่เคยปฏิบัติ โดยนำค่าเฉลี่ยมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 15 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 16 – 30 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 31 – 45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอล ซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถามความรู้ด้านการบริโภคอาหารของกฤษฎาพร แสงทรัพย์ (2556) มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .91 จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ระดับคือ ใช่/ ไม่ใช่ โดยคำถามข้อที่ 2, 6, 7 และ 11 ถ้าตอบใช่ ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน และข้อที่ 1, 3, 4, 5, 8, 9 และ 10 ถ้าใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนน 0 – 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 7 – 11 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการบริโภคอาหาร ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามของสุวรรณ เชียงขุนทด และคณะ (2556) จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 5= เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถามเชิงนิมิตหรือทางบวกในข้อที่ 3, 7, 10, 11, 12, และ 15 และข้อคำถามเชิงนิเสธหรือทางลบในข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 13 และ 14 โดยมีเกณฑ์แปลความหมายของค่าเฉลี่ยเจตคติในการบริโภคอาหารเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง เจตคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง เจตคติการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง เจตคติการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ เป็นชุดคำถามการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคลโดยเน้นพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามของกฤษฎาพร แสงทรัพย์ (2556) และกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz and Becker (1984) มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน

ด้านละ 10 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เห็นด้วย 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยมาก และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 1 – 13 หมายถึง การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเท่ากับ 14 – 27 หมายถึง การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเท่ากับ 28 – 40 หมายถึง การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถามเชิงนิมานหรือทางบวกในข้อที่ 9, 10, 11 และ 12 และข้อคำถามเชิงลบหรือทางลบในข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา ดังนี้ (Best, 1997)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา และแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งสร้างขึ้นใหม่ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของการใช้ภาษา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน และด้านโภชนาการ 1 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ในช่วง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากคณะผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูลต่อคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยแล้ว คณะผู้วิจัยได้เข้าพบนักศึกษาพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนัดหมายนักศึกษาพร้อมกัน หลังที่ห้องสวดมนต์ในหอพักนักศึกษา หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมสวดมนต์เย็น โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที และส่งคืนให้ผู้วิจัยหลังจากเสร็จสิ้นทันที จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำมาบันทึกผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา และพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งรายด้านและโดยรวม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการบริโภคอาหาร เจตคติของการบริโภคอาหารการรับรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษากับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 03/2561 วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำได้ขณะดำเนินการวิจัย เช่น สิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลจำนวน 212 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.20) รองลงมาคือ เพศชาย (ร้อยละ 1.90) มีอายุ 15 – 25 ปี (ร้อยละ 94.81) รองลงมาคืออายุ 26 – 35 ปี (ร้อยละ 3.30) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 84.46) มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (ร้อยละ 15.54) เพศชายมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร (ร้อยละ 100) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 200 mg/dl (ร้อยละ 66.40) และมากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl (ร้อยละ 33.60) ค่าดัชนีมวลกายในช่วง 20 – 29 kg/m² (ร้อยละ 48.80) รองลงมาคือค่าดัชนีมวลกายในช่วง 10 – 19 kg/m² (ร้อยละ 47.37) ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 65.40) และออกกำลังกาย 1-3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 33.60) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 212)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	206	98.10
ชาย	4	1.90
อายุ (ปี)		
15-25	201	94.81
26-35	7	3.30
รอบเอวเพศหญิง (เซนติเมตร)		
< 80	163	84.46
≥ 80	30	15.54
รอบเอวเพศหญิง (เซนติเมตร)		
< 90	4	100.00
≥ 90	0	0.00
ระดับคอเลสเตอรอล (mg/dl)		
< 200	83	66.40
≥ 200	42	33.60
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
18.50-22.99	161	76.67
23.00-24.99	7	3.33
25.00-27.49	28	13.33
27.50-29.99	7	3.33
30.00-32.49	8	3.81
การออกกำลังกาย		
ไม่เคยออกกำลังกาย	136	65.40
ออกกำลังกาย 1-3 วัน/ สัปดาห์	69	33.60
ออกกำลังกาย 4-6 วัน/ สัปดาห์	1	0.48
ออกกำลังกาย 7 วัน/ สัปดาห์	0	0.00

2. ระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.64$, $SD = 5.18$ จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคประเภทเนื้อสัตว์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 12.65$, $SD = 3.65$) รองลงมา คือ ประเภทปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ ($M = 5.37$, $SD = 1.56$) ประเภท

ของหวานและเครื่องดื่ม ($M = 3.14$, $SD = 1.22$) และประเภทที่ปรุงจากอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 1.39$, $SD = 0.60$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล จำแนกรายด้านและโดยรวม ($n = 212$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	M	SD	ระดับ
อาหารประเภทเนื้อสัตว์	12.65	3.65	ต่ำ
อาหารที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ	5.37	1.56	ต่ำ
อาหารประเภทของหวาน และเครื่องดื่ม	3.14	1.22	ต่ำ
อาหารประเภทอื่น ๆ	1.39	0.60	ต่ำ
โดยรวม	22.64	5.18	พอใช้

2.1 ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับต่ำ ($M = 5.32$, $SD = .99$) และระดับสูง ($M = 7.78$, $SD = .92$) และมีเจตคติต่อการบริโภคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 60.70$, $SD = 7.45$) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ($n = 212$)

รายการ	M	SD.	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร			
คะแนน 0-6	5.32	0.99	ต่ำ
คะแนน 7-11	7.78	0.92	สูง
เจตคติต่อการบริโภคอาหาร	60.70	7.45	ปานกลาง

2.3 การรับรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M = 30.15$, $SD = 7.37$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับดี ($M = 32.47$, $SD = 6.91$) รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี. ($M = 31.8$, $SD = 7.58$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับดี ($M = 30.00$, $SD = 7.42$) และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 26.67$, $SD = 7.58$) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 212)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	30.00	7.42	ดี
การรับรู้ความรุนแรงภาวะไขมันในเลือดสูง	32.47	6.91	ดี
การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร	31.89	7.58	ดี
การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร	26.67	7.58	ปานกลาง
โดยรวม	30.15	7.37	ดี

2.4 ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การกำหนดช่วงเวลาในการเข้าและออกสถานศึกษาทำให้มีความจำกัด ในการเลือกซื้ออาหารจากร้านค้าภายนอกสถานศึกษามารับประทาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.27, SD = 0.86) รองลงมาคือ การมีไมโครเวฟและตู้เย็นสำหรับนักศึกษาทำให้แต่ละคนสามารถประกอบอาหารที่ต้องการได้เอง (M = 4.19, SD = 3.63) การจัดตั้งร้านจำหน่ายเครื่องดื่มในสถานศึกษาทำให้นักศึกษาเลือกซื้ออาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น เช่น น้ำปั่น ขนมปังเนยนม กาแฟสด เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 3.75, SD = 1.04)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ($r = .11, p > .05$) เจตคติต่อการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ($r = .12, p > .05$) การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ($r = .07, p > .05$) และปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ($r = .03, p > .05$) รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	1.00	.23	.16	.31	0.11
2. เจตคติต่อการบริโภคอาหาร		1.00	.14	.16	0.12
3. การรับรู้ด้านสุขภาพ			1.00	.25	0.07
4. ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา				1.00	0.03
5. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง					1.00

* $p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22$, $SD = 5.18$) เมื่อ พิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ การบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ($M = 12.65$, $SD = 3.65$) การบริโภคอาหารประเภทที่ปรุงจากน้ำมันหรือกะทิ ($M = 5.37$, $SD = 1.56$) การบริโภคอาหารประเภทของหวานและเครื่องดื่ม ($M = 3.14$, $SD = 1.22$) และการบริโภคอาหารประเภทอื่นๆ ($M = 1.39$, $SD = 0.60$) ซึ่งจากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า อาจเกิดจากนักศึกษาให้ความสำคัญกับการเลือกประเภทในการบริโภคอาหารน้อยมากจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ดังผลการวิจัยของสิริไพศาล ยิ้มประเสริฐ (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน จังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวิไลวรรณ คงกิจ (2548) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ มีการบริโภคอาหารจานด่วนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ อาหารประเภททอด และปรุงจากกะทิ และน้ำมัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เจตคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ด้านการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากบริบทการใช้ชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ที่มีชีวิตเร่งรีบการเลือกซื้ออาหารรับประทาน จึงอาจยึดถือความสะดวกในการดำเนินชีวิตมากกว่าประโยชน์หรือคุณค่าของอาหารนั้นๆ และผลการศึกษานี้

ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ (2556) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่เป็นไปตามแนวคิดเรื่อง KAP model จากการศึกษาของ Schwartz (1975, อ้างถึงใน อีราพร ต้นที่ปธรรม, 2554) ซึ่งได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดย กล่าวคือความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดทัศนคติ (A) ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (P) โดยมีทัศนคติ เป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้ว่า ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมตามมา แต่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของภิญโญ วิทวัสชุตกุล (2557) พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องจากการเพิ่มความรู้ไม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเสมอไปเพราะการเปลี่ยนพฤติกรรมต้องมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี โดยมีความรู้มากเกี่ยวกับโทษของการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงว่าทำให้เกิดไขมันในเลือดสูง แต่ยังมีความเข้าใจผิดอยู่มากถึงประเภทอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูงซึ่งเป็นอาหารที่ดีไม่ก่อให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลสูง และจากบริบทของการเป็นนักศึกษาพยาบาลทำให้มีความรู้ในเรื่องอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงแต่พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ต้องการความรวดเร็วและสะดวกสบายทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงได้ เนื่องจากหาซื้อรับประทานได้ง่าย รวดเร็วและรสชาติอร่อย

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล พบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้จากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่อาหารสำเร็จรูปหรืออาหารจานด่วนหาซื้อได้ง่าย อิทธิพลของสื่อโฆษณาทำให้นักศึกษาอาจมีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่มีหน้าตาน่ารับประทานและเป็นที่ยอมรับ แม้ว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารโดยภาพรวมจะอยู่ในระดับดีก็ตาม และไม่เป็นไปตามผลการวิจัยของสุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ (2556) ที่พบว่า เจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปดังที่กล่าวไว้ข้างต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่น อาจจะมีค่านิยมการเลือกซื้ออาหารที่มาจากโฆษณาที่อวดอ้างเกินความจริง หรือด้วยวัยวุฒิและประสบการณ์ชีวิต ทำให้มีเจตคติที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งความสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ มิทชู และพันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ (2560) ซึ่งศึกษาเจตคติเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของพนักงานบริษัทเอกชน ในอาคารเสริมมิตรเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เจตคติเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ ในเจตคติต่ออาหารเพื่อสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของพนักงาน บริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เนื่องจาก อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิต และในการรับประทานอาหาร เรามักจะเลือกว่าอาหารนั้นน่ารับประทานหรือไม่ ทั้งกลิ่นหอมและรสดีน่ารับประทานหรือไม่ โดยมักจะไม่คำนึงถึงคุณค่าของสารอาหารหรือโทษที่ได้จากการ

รับประทานอาหารนั้นๆ หรือพฤติกรรมอันเร่งรีบของการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้คนมักเลือกรับประทานอาหารที่สะดวกต่อการใช้ชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการที่นักศึกษาส่วนใหญ่ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ถึงแม้ว่าผลการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมจะอยู่ในระดับดีก็ตามโดยผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับความเห็นของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ที่ระบุว่า การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (บุปผาชาติ ธีงาม, เยาวภา ตีอัสสุวรรณ, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, 2555) รวมทั้งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ โพนพา, ขวัญภา ประเสริฐทรง, และวนิดา คุรงฤทธิชัย (2558) แต่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ จิวแก้ว, เบญจมาศ ชะดาจันทร์, ถัดดา แสงศรี, มณีนรัตน์ หินสม, และอุมาพร ฉัตรวิโรจน์ (2560) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบัว อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พบว่า ประชาชนมีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากแต่ขัดแย้งกับพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทแกงกะทิ และอาหารทอด รวมไปถึงอาหารที่มีแป้งสูงและไขมันมาก เช่น ข้าวเหนียวกะทิ อาหารทอด อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา แสงทรัพย์ (2556) ที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ อาจเนื่องมาจากการรับรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไม่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหาร อาทิเช่น การรับประทานอาหารประเภทไขมัน อาหารจานด่วนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งนักศึกษาทราบถึงความรุนแรงของภาวะคอเลสเตอรอลสูงดี แต่นักศึกษาเลือกตัดสินใจรับประทานอาหารประเภทไขมัน อาหารจานด่วน เพราะรสชาติที่อร่อย ความสะดวกรวดเร็วที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของนักศึกษาในปัจจุบัน ดังนั้นจึงควรต้องมีการสร้างความตระหนัก และชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่เกิดจากการไม่ควบคุมอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงให้มากขึ้น เพราะอาหารมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง อันเป็นสาเหตุของโรคอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง พบว่า ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากการที่นักศึกษาไม่ได้อาศัยอยู่ในสถานศึกษาเพียงอย่างเดียว ในช่วงวันหยุดนักศึกษาส่วนใหญ่จะกลับบ้านและนักศึกษาที่เริ่มฝึกปฏิบัติงาน มักจะอาศัยอยู่หอพักนอกสถานศึกษา ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษา จึงไม่มีผลต่อ

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง และผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของนวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ (2546) ที่ศึกษาสาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะโภชนาการในเด็กวัยรุ่น ซึ่งได้อธิบายว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยรุ่น และแนวคิดของ Green, and Kreuter (2005, อ้างถึงใน ปันนดา จันทรสุกรี, และวสิน แก้วชาญคำ, 2561) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช่นสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีความเห็นว่า สถานศึกษามีไมโครเวฟและตู้เย็นสำหรับนักศึกษา ทำให้แต่ละคนสามารถประกอบอาหารเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมที่ดี และปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพที่นักศึกษา เห็นด้วยที่สุดคือ การกำหนดช่วงเวลาเข้าออกสถานศึกษา ทำให้มีความจำกัดในการเลือกซื้ออาหารจากร้านค้าภายนอก แต่ปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาเหล่านี้ อาจไม่มีอิทธิพลที่เพียงพอในการกำหนด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา เนื่องจากนักศึกษาไม่ได้อาศัยอยู่ในสถานศึกษาตลอดเวลา มีช่วงเวลาที่กลับบ้านทุกสุดสัปดาห์และวันหยุด อีกทั้งปัจจัยแวดล้อมของสถานศึกษาเหล่านี้ เป็นเพียงปัจจัยแวดล้อมบางส่วนที่ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษา จึงทำให้อาจไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงอยู่ในระดับปานกลาง สถานศึกษาควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งควรจัดกิจกรรมและจัดสรรเวลาให้นักศึกษา ได้มีเวลาในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาตัวแปรเพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงของนักศึกษาพยาบาล เช่น ปัจจัยด้านความเครียด ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย หรือ การตระหนักรู้ในเรื่องของระดับคอเลสเตอรอลสูง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎาธร แสงทรัพย์. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. (2553). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธีราพร ต้นทีปธรรม. (2554). *การใช้เฟสบุ๊คที่มีผลกระทบต่อสรีรภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2546). *พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นไทย และการพัฒนาโปรแกรมการป้องกัน* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุปผาชาติ ทิงาม, เยาวภา ตี๋สุวรรณ, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของสถานีนอนามัยบ้านโนนม่วง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพ*, 5(3): 127-134.
- ปณินดา จันทร์สุกรี, และวสิน แก้วชาญคำ. (2561). *สภาพแวดล้อมทางอาหารภายในมหาวิทยาลัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของนักศึกษาไทย* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ปราโมทย์ มิทชู, และพันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. (2560). เจตคติเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของพนักงานบริษัทเอกชน ในอาคารเสริมมิตร เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 6(1), 1443-1456.
- พร้อมจิต ศรีลัมพ์. (2556). *บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนลดความอ้วนและไขมันในเลือดสูงด้วยผักพื้นบ้านไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรรัตน์ จิวแก้ว, เบญจมาศ ชะดาจันทร์, ลัดดา แสงศรี, มณีรัตน์ หินสม, และ อุมภาพร ฉัตรวิโรจน์. (2560). การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบัว อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุรินทร์. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 นวัตกรรมและเทคโนโลยีการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0* (น. 1082-1087). กำแพงเพชร: สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- ภิญโญ วิทวัสสุติกุล. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายมัธยม)*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุภา โปผา, ชฎาภา ประเสริฐทรง, และวนิดา ดุรงฤทธิชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 123-130.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โรงพยาบาลจุฬาเวช. (2558). *รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2558 นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี* (เอกสารอัดสำเนา). สมุทรปราการ: โรงพยาบาลจุฬาเวช.
- โรงพยาบาลจุฬาเวช. (2559). *รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2559 นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี* (เอกสารอัดสำเนา). สมุทรปราการ: โรงพยาบาลจุฬาเวช.

- วิชัย เอกพลากร (บ.ก.). (ม.ป.ป.). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิไลวรรณ คงกิจ. (2548). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของเด็กวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมาคมโรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ.2559*. ปทุมธานี: เอ เพลส พริน.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *รายงานสถิติรายปี 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สิริไพศาล ยัมประเสริฐ. (2560). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 33-41.
- สุวรรณา เชียงขุนทด, ชนิตา มัททวงกูร, กุลธิดา จันทรเจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล, ฐิติมา อุดมศรี, และคณะ (2556). *ความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเกษิเจริญ* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม.
- Becker, M.H. (1974) The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-508.
- Best, J. W. (1997). *Research in education* (2nd ed.). New Jersey: Prentice –Hall.
- Janz, N. K., & Becker, M. H., (1984). The health belief model: A decade later. *Health Educ Q*, 11(1), 1-47.
- Ronsenstock, I. M. (1974). Historical origins of health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Wilson, P. W. F., Polonsky, T. S., Miedema, M. D., Khera, A., Kosinski, A. S., & Kuvin, J. T. (2018). Systematic review for the 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of blood cholesterol: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. DOI:10.1016/j.jacc.2018.11.004
- World Health Organization: WHO. (2011). Global strategy on diet, physical activity and health fact chronic diseases. Retrieved June 22, 2011, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/>.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row Publication.

รายงานการวิจัย (Research article)

ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทา ในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี The Policy Evaluation of Family Care Team Operates in the Pilot Area of Phetchaburi Province

อุไรรัชต์ บุญแท้^{1*}

Urairach Boontae^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: railaboontae@gmail.com) โทรศัพท์ 087-4615919

(Received: March 20, 2019; Revised: April 20, 2019; Accepted: April 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทาในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี และสรุปข้อเสนอแนะทางการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของโมเดลซิป เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง 198 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการในทีมหมอบรรเทาในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน รวม 150 คน และผู้รับบริการหรือญาติ รวม 48 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินผลดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทา แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ และแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านบริบท นโยบายมีความสอดคล้อง เหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน แต่ควรชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดให้ชัดเจน 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ภาศิเครือข่ายมีส่วนร่วมที่ดี บุคลากรรับรู้นโยบายและสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่การสนับสนุนงบประมาณ และบุคลากรยังไม่เพียงพอเหมาะสม 3) ด้านกระบวนการ มีการวางแผน และการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายที่ดี แต่ยังขาดการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านผลผลิต ผลที่ได้จากการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.90$, $SD = .89$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = .59$) และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.57$, $SD = .69$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ มีการบูรณาการประสานประโยชน์ร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณค่า และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษานี้ สะท้อนถึงแนวทางการบริหารเชิงนโยบาย ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การนำ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Public health technical officer, Professional level, Phetchaburi provincial public health office

กรอบแนวคิดการประเมินผลนี้ไปประยุกต์ใช้ ควรคำนึงถึงบริบทของทีมงานครอบครัวระดับต่างๆ และบริบทของผู้รับบริการในพื้นที่

คำสำคัญ: ประเมินผล, นโยบาย, ทีมครอบครัว

Abstract

This mixed method research aimed to evaluate the family care team policy operation in the pilot area of Phetchaburi province. CIPP model was used as a conceptual framework to guide this project. Data were collected by using qualitative and quantitative methods. Participants were selected from 150 health providers of primary care cluster in district, sub district and community levels and 48 clients and relatives, in all 198 participants. The research instruments were the questionnaires to evaluate family care team management, satisfaction of clients, and clients' quality of life. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistic. Content analysis was used for qualitative data.

The results revealed as follow: 1) about context, the policy was appropriate, and served as the needs of the people. However, it should be clarify the benefits and limitations. 2) For the Input, there was a good network participation of partnership and the personnel recognize the policy which could be implemented. Moreover, the budget and personnel should be supported. 3) The process of this project had a good plan and implemented according to the policy, but still needed the continuum of monitoring and evaluation. 4) The products of the family care term was at moderate level ($M = 2.90$, $SD = .89$), the mean score of clients' service satisfaction was at good level ($M = 4.12$, $SD = .59$), and the clients' quality of life were at moderate level ($M = 3.57$, $SD = .69$). The result of qualitative data found that the key successes were the Integration of valuable benefits with network partnership, and continuous quality improvement.

This study highlights the guideline to manage the efficiency and sustainability of primary care cluster policy according to the context, inputs, processes, and product. However, to apply this concept should be considered the context of family care term and context of clients' area.

Keywords: Evaluation, Policy, Family care team

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง แต่สภาพปัญหาและสิ่งท้าทายที่กำลังเผชิญในปัจจุบัน เช่น ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนโลก การเคลื่อนย้ายแรงงาน ยาเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ล้วนส่งผลต่องบประมาณภาครัฐและคุณภาพบริการ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2559) กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่มีเป้าหมายให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืน คือ การมีนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family care team) ที่ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจของทุกภาคส่วนในการร่วมกันทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ แบบบูรณาการ และประสานการทำงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกคน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียม และทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และอยู่ในพื้นที่ห่างไกล (สำเริง แหยงกะโท, 2560)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนนโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสู่ภูมิภาคมากขึ้น โดยทีมหมอครอบครัว ซึ่งแบ่งตามความรับผิดชอบออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน เพื่อให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความสุข รวมถึงระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความผูกพัน เกิดความเชื่อมั่นศรัทธา สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Self-care) แก่ประชาชนทุกช่วงวัย และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, มปป.) โดยทีมหมอครอบครัวจะมีบทบาทดูแลให้คำปรึกษาเสมือนเป็นเพื่อนสนิทหรือญาติ และมีส่วนร่วมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ได้รับการดูแลครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประสานงานและระบบส่งต่อ ไปยังหน่วยบริการทุกระดับอย่างเหมาะสม (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

แต่อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาจากข้อมูลของสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่สนับสนุนให้มีการติดตามประเมินผลเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการ ช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการ และวิธีการเชิงกลยุทธ์ในแผนงานโครงการ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจากการศึกษาติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว เขตสุขภาพที่ 5 ในพื้นที่ตัวอย่าง 24 อำเภอ 8 จังหวัด จากประสบการณ์ของผู้รับบริการพบว่า ร้อยละ 59 เป็นทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมเดียวกับหมอที่รักษาประจำในโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นจุดเด่นของโครงสร้างทีม ในลักษณะการบริการแบบไร้รอยต่อ รูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีความสัมพันธ์กับด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่น ด้านบวก พบว่า การทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้เปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสาร

และประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เพ่งพิศ, สมชาย วิริตมย์กุล, นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2559) ดังการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย, พิษณุภัสสร วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, และสมใจ นกดีวิชัย (ม.ป.ป.) ซึ่งพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ประการ ในการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานทีมหมอบรรลุ ได้แก่ 1) มีการบูรณาการดี (Integration) คือ การบูรณาการทีมหมอบรรลุเข้าด้วยกันกับงานอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 2) มีการเรียนรู้ (Learning) คือ การคิดวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ และ 3) มีแผนคู่งานชัด (On tract) ด้วยการกำหนดแผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานทุกระดับ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ดำเนินงานติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน

จังหวัดเพชรบุรี ได้มีการนำนโยบายทีมหมอบรรลุมาดำเนินการ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 เป็นต้นมา เพื่อให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 8 อำเภอ 93 ตำบล 117 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พื้นที่นำร่อง 24 แห่ง ระยะที่ 2 ครอบคลุม ร้อยละ 50 และระยะที่ 3 ครอบคลุม ร้อยละ 100 โดยได้มีการแต่งตั้งทีมหมอบรรลุระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน รวมทั้งมีประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน ให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหา ด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative care) โดยการรวมพลังสังคม เพื่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในระดับต่างๆ และทีมหมอบรรลุระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ของแต่ละพื้นที่ร่วมดำเนินการ ซึ่งจากรายงานสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในเบื้องต้น พบว่า ยังมีข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ในการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ ตามกรอบแนวคิดของโมเดล CIPP ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) โดยเฉพาะในส่วนของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามนโยบาย

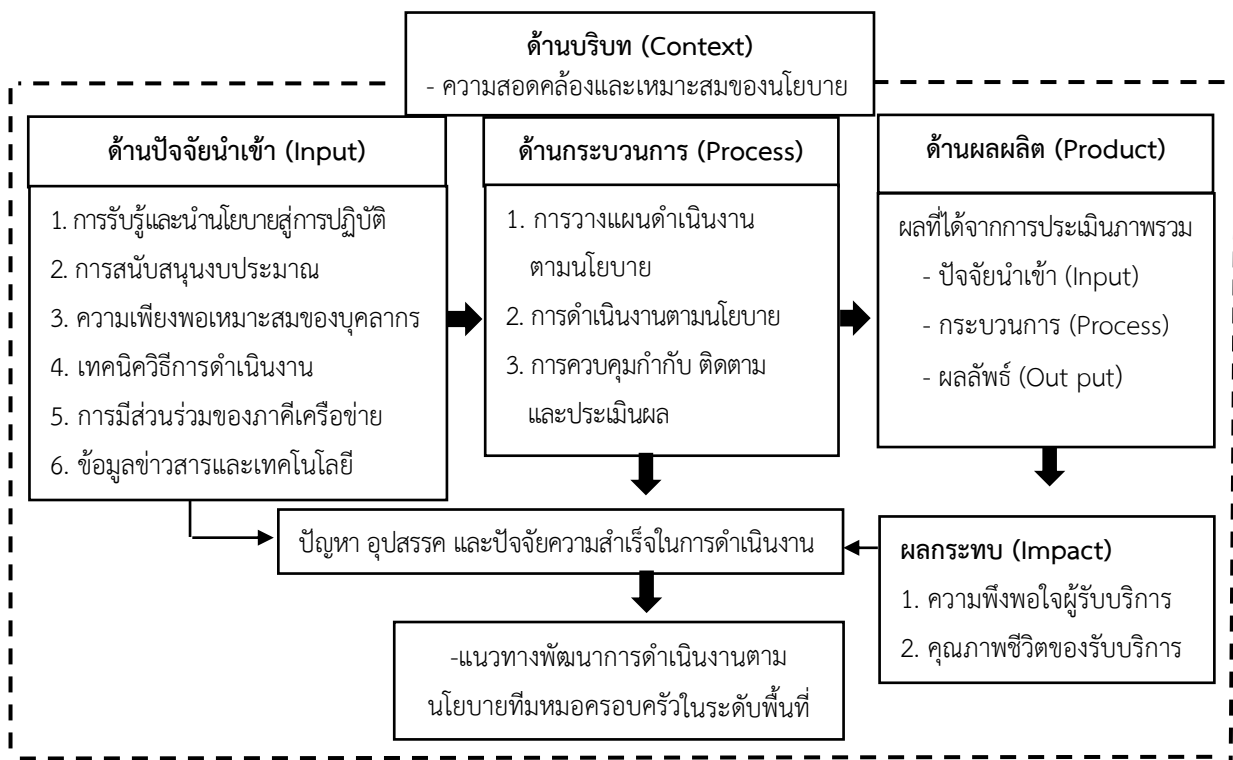
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้กรอบโมเดล CIPP ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินผลที่นำข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง มาพิจารณาอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (Stufflebeam, 1971) เพื่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงโดยตรงอย่างเป็นรูปธรรมในเชิงปฏิบัติการ หรือการ นำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ในเชิงความคิด โดยการนำข้อมูลข่าวสารเป็นแสงสว่างทางปัญญาต่อผู้บริหาร องค์การและผู้เกี่ยวข้อง (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) เพื่อได้ข้อสรุปเสนอแนะเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายทีมหมอบรรลุระดับพื้นที่ของจังหวัดเพชรบุรี และบริบทใกล้เคียงให้มี ประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ของการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่นาร่อง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่นาร่อง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบโมเดล CIPP (Stufflebeam, 1971) ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ (Decision making model) โดยพิจารณาข้อมูลอย่างเป็นระบบ บูรณาการกับแนวคิดทีมหมอครอบครัว (Family care team) ของโสภณ เมฆธน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ร่วมกับแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวของสายพิน หัตถิรัตน์ (2551) เป็นกรอบการประเมินผล 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ได้แก่ ความสอดคล้องและเหมาะสมของนโยบาย ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การรับรู้และ นำนโยบายสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนงบประมาณ ความเพียงพอเหมาะสมของบุคลากร เทคนิควิธีการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การวางแผน การดำเนินงานตามนโยบาย และการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ ผลที่ได้จากการประเมินภาพรวม และผลกระทบที่ได้จากการดำเนินการตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ได้แก่ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mix method research) ซึ่งได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 245 คน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ทีมหมอครอบครัวในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และยินดียอมรับแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารระดับอำเภอ 8 อำเภอ ละ 2 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือผู้แทน ผู้บริหารระดับท้องถิ่น 14 แห่ง ละ 1 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้แทน รวมเป็น 30 คน 2) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทย์ที่ปรึกษาทีมหมอครอบครัว ทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล เภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย 6 สาขาวิชาชีพ ละ 1 คน จำนวน 8 อำเภอ รวมเป็น 48 คน 3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 24 แห่ง ละ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุข ในรพ.สต. 24 แห่ง ละ 1 คน รวมเป็น 48 คน และ 4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ได้แก่ แกนนำชุมชน หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้รับการแต่งตั้ง และปฏิบัติงานร่วมกับ รพ.สต. 24 แห่ง ละ 1 คน รวม 24 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 150 คน

2) กลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทีมหมอครอบครัวนำร่อง จังหวัดเพชรบุรี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเป็นกลุ่มเป้าหมายของทีมหมอครอบครัว 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคองหรือญาติผู้ดูแล ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 68 คน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและระบุโดยทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายตามนโยบาย และเคยได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และสัมผัสใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 48 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามการประเมินผลดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการประเมินแบบโมเดล CIPP (Stufflebeam, 1971) บูรณาการกับแนวคิดทีมหมอครอบครัวของโสภณ เมฆธน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) และสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (ม.ป.ป.) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

การศึกษา สถานภาพสมรส ระดับทีมหมอบรรลุหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ ตำแหน่งในทีมหมอบรรลุหน้าที่ และหน่วยงานที่สังกัด และส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุหน้าที่ 4 ด้าน จำนวน 48 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านบริบท (Context) จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) จำนวน 18 ข้อ ข้อความในสองด้านนี้ เป็นเชิงบวกทั้งหมด และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง เห็นด้วยมาก = 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยมาก = 1 คะแนน 3) ด้านกระบวนการ (Process) จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง มากที่สุด = 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด = 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2543) เป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย และ 4) ด้านผลผลิต (Product) จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด มี 3 ตัวเลือก คือ ตอบใช่ = 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ และไม่ทราบ = 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2543) เป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 4.68 - 7.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 4.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 0.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอบรรลุหน้าที่ของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (ม.ป.ป.) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส โรคหรืออาการที่เป็น ประเภทผู้รับบริการตามสิทธิรักษา หน่วยงานที่ให้บริการดูแล และบุคลากรที่ให้บริการดูแล และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด = 5 คะแนน และน้อยที่สุด = 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2543) 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540) จำนวน 20 ข้อ มีความหมายเชิงบวก 18 ข้อ ความหมายเชิงลบ 2 ข้อ และเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด = 5 คะแนน และน้อยที่สุด = 1 คะแนน โดยในข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 96 - 130 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ค่าเฉลี่ย 61 - 95 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และค่าเฉลี่ย 26 - 60 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้มีการดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามข้างต้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบสอบถามการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุหน้าที่ มีค่า CVI เท่ากับ .85 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแลมีค่า CVI เท่ากับ .94 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ มีค่า CVI เท่ากับ .88 และนำไปทดลองใช้กับทีมหมอบรรลุหน้าที่อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียง

กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .89, .81 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลหลังจาก โครงการการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการวิจัย และแจกแบบสอบถามให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ด้วยตนเอง เมื่อครบระยะเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาครบตามจำนวน 150 ชุด เมื่อพบว่าแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้ส่งกลับคืนให้ผู้ตอบแบบสอบถามตามรหัสของผู้ตอบ เพื่อการแก้ไขและขอความร่วมมือส่งคืนผู้วิจัยอีกครั้ง ทำให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด 150 ชุด และเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ดูแล และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 48 คน ขณะเยี่ยมบ้านจนครบจำนวนตามกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามทีมหมอกรอบครัว 150 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 48 ชุด ลงรหัสข้อมูล คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ดำเนินการวิจัยโดยการนำอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายทีมหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน จำนวน 40 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัว มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน สมัครใจเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการเข้าถึงเรื่องเวลาและงบประมาณ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551) และการอิมตัวของข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล, 2553) เพื่อเป็นตัวแทนทีมหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน 8 อำเภอๆ ละ 5 คน รวมเป็น 40 คน

เครื่องมือการวิจัย เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับการอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัว มีประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัว 3) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอกรอบครัวในระดับพื้นที่ และ 4) ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาการดำเนินงานนโยบายทีมหมอกรอบครัว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ .87 และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย นำข้อมูลที่ได้และปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จัดการประชุมอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus group) ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายที่หมอบรรคไว้ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน จำนวน 40 คน หลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.009/2560 ลงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2560 และผู้วิจัยได้ชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ข้อมูลที่ได้ถือว่าเป็นความลับและผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทีมหมอบรรคไว้ที่ร่วมดำเนินการตามนโยบายในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ระดับตำบล ร้อยละ 42.22 รองลงมาอยู่ในระดับอำเภอ ร้อยละ 41.48 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.56 อายุมากกว่า 48 ปี ร้อยละ 34.81 อายุระหว่าง 38 – 48 ปี ร้อยละ 33.34 อายุเฉลี่ย 43.12 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.92 และสถานภาพโสด ร้อยละ 25.93 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.63 รองลงมาคือ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 28.15 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25.19 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 16.30 ส่วนใหญ่สังกัดอยู่ใน รพ.สต. ร้อยละ 32.59 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 31.11

2. ผลประเมินการดำเนินงานตามนโยบายที่หมอบรรคไว้ในพื้นที่นำร่อง จังหวัดเพชรบุรี

2.1 ด้านบริบท (Context) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.02$, $SD = .66$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ นโยบายที่หมอบรรคไว้ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน ($M = 4.13$, $SD = .69$) และการดำเนินงานที่หมอบรรคไว้ในพื้นที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล ($M = 4.10$, $SD = .55$) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดสองข้อ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ นโยบายที่หมอบรรคไว้มีการชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน ($M = 3.78$, $SD = .76$) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$, $SD = .77$) ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($M = 4.00$, $SD = .70$) รองลงมา คือ การรับรู้นโยบายและการนำไปปฏิบัติ ($M = 3.92$, $SD = .72$) อยู่ในระดับมากที่สุดสองด้าน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.66$, $SD = .72$) และความเพียงพอเหมาะสมของบุคลากรอยู่ในระดับมากเพียงเล็กน้อย ($M = 3.70$, $SD = .80$)

2.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.71$, $SD = .86$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การวางแผนดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย ($M = 3.70$, $SD = .80$) ได้แก่ วางแผนจัดตั้ง

ทีมหมอบรรลุให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ ประชุมชี้แจงทีมหมอบรรลุให้มีความรู้และเข้าใจ บทบาทภารกิจได้อย่างชัดเจน เป็นต้น รองลงมา คือ การดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย ($M = 3.70$, $SD = .89$) ได้แก่ สอนและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสำรวจจัดทำฐานข้อมูล กลุ่มเป้าหมายให้มีความครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ เป็นต้น ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การกำกับติดตามและ ประเมินผลนโยบาย ($M = 3.57$, $SD = .98$) ได้แก่ ประเมินผลการดำเนินงาน และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และจัดตั้งคณะทำงานติดตาม กำกับ ดูแล และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกระยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.90$, $SD = .89$) ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ ($M = 3.03$, $SD = .80$) มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทีมหมอบรรลุครอบคลุมพื้นที่ ($M = 3.02$, $SD = .84$) ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองข้อ มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ได้แก่ มีกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($M = 2.69$, $SD = .99$) และมีรายงานสรุปการประชุมทีมหมอบรรลุ ($M = 2.80$, $SD = .92$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = .59$) เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปหาน้อยสุด ได้ดังนี้ ความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล ($M = 4.15$, $SD = 0.57$) ความสะดวกในการรับบริการ ($M = 4.13$, $SD = .57$) คุณภาพการดูแลของทีมหมอบรรลุ ($M = 4.12$, $SD = .61$) และความเป็นธรรมและประหยัดค่าใช้จ่าย ($M = 4.06$, $SD = .64$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($n=48$)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
คุณภาพการดูแลของทีมหมอบรรลุ	4.12	.61	มาก
1. ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	4.19	.49	มาก
2. ได้รับการดูแลช่วยเหลือแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง	4.15	.65	มาก
3. การดูแลจากทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น	4.04	.62	มาก
4. การดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่ดีขึ้น	4.19	.57	มาก
5. การดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น	4.04	.68	มาก
6. การดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขเพิ่มขึ้น	4.13	.64	มาก
ความเป็นธรรม ประหยัดค่าใช้จ่าย	4.06	.64	มาก
7. ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม เหมือนกับที่บุคคลอื่นได้รับ	4.04	.58	มาก
8. การได้รับบริการจากทีมหมอบรรลุช่วยให้ท่านและครอบครัว ประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทาง	4.08	.71	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
ความสะดวกในการรับบริการ	4.13	.57	มาก
9. ท่านที่รู้สึกสะดวกสบายขึ้น เมื่อมีทีมหมอครอบครัวมาให้บริการที่บ้าน	4.19	.54	มาก
10. ท่านที่รู้สึกว่าไม่ต้องเสียเวลาในการที่ต้องไปรอคอยรับบริการที่โรงพยาบาล	4.17	.60	มาก
11. ท่านสามารถติดต่อทีมหมอครอบครัวได้สะดวกรวดเร็ว	4.03	.57	มาก
ความเป็นกันเอง เป็นมิตร เต็มใจดูแล	4.15	.57	มาก
12. ทีมหมอครอบครัวให้การดูแลด้วยความใกล้ชิด และเป็นกันเอง	4.31	.62	มาก
13. ทีมหมอครอบครัวเต็มใจให้การดูแล หรือให้คำปรึกษา	4.15	.58	มาก
14. ท่านรู้สึกไว้วางใจที่จะบอกเล่าเรื่องที่คุณกังวลใจ หรือมีปัญหากับทีมหมอครอบครัว	4.19	.53	มาก
15. ทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยสอนและสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.02	.64	มาก
16. การดูแลของทีมหมอครอบครัวช่วยให้ท่านสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้	4.10	.52	มาก
โดยรวม	4.12	.59	มาก

4. คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.57$, $SD = .69$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากทีมหมอครอบครัว ($M = 4.15$, $SD = .61$) รองลงมา คือ พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจาก รพ.สต. ($M = 4.13$, $SD = .63$) ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ มีความรู้สึกหดหู่ ผิดหวัง วิตกกังวล และซึมเศร้า ($M = 2.68$, $SD = .89$) รองลงมา คือการสามารถไปไหนมาไหนได้ดี ($M = 2.50$, $SD = .89$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ($n=48$)

คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
1. คิดว่าชีวิตความเป็นอยู่ของท่านดี	3.33	.71	ปานกลาง
2. รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	3.75	.74	มาก
3. พอใจกับสุขภาพของท่าน	3.37	.82	ปานกลาง
4. มีความจำเป็นต้องพึ่งยาหรือการรักษาอาการของท่านในแต่ละวัน	3.50	1.13	ปานกลาง
5. มีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆ	3.31	.83	ปานกลาง
6. รู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	3.63	.63	ปานกลาง
7. พอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของท่าน	3.62	.72	ปานกลาง
8. สภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวท่าน มีผลดีต่อสุขภาพของท่าน	3.65	.71	ปานกลาง
9. พอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่าน	3.29	.98	ปานกลาง
10. พอใจกับความสามารถในการทำงานของท่าน	3.00	1.06	ปานกลาง
11. ยอมรับกับสภาพร่างกาย และรูปร่างหน้าตาของท่าน	3.56	.63	ปานกลาง
12. มีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามที่ท่านต้องการ	2.81	1.01	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ	M	SD	ระดับ
13. รู้สึกพอใจในการเดินทางของท่าน	2.73	1.08	ปานกลาง
14. สามารถจะไปไหนมาไหนได้ดี	2.50	1.14	ปานกลาง
15. พอใจกับการนอนหลับของท่าน	3.42	0.64	ปานกลาง
16. พอใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพ และเป็นเพื่อนกับคนอื่น	3.50	0.64	ปานกลาง
17. พอใจกับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	3.85	0.70	มาก
18. พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	4.13	0.63	มาก
19. มีความรู้สึกหดหู่ ผิดหวัง วิตกกังวล ซึมเศร้า	2.38	0.89	น้อย
20. พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากทีมหมอครอบครัว	4.15	0.61	มาก
โดยรวม	3.57	0.69	ปานกลาง

5. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบาย ทีมหมอครอบครัวในพื้นที่นำร่องจังหวัดเพชรบุรี

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับตำบล ร้อยละ 43.18 รองลงมา อยู่ในระดับอำเภอ ร้อยละ 39.88 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.78 มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.17 อายุระหว่าง 35-45 ปี ร้อยละ 35.57 อายุเฉลี่ย 41.22 อายุต่ำสุด 25 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 68.32 และสถานภาพโสด ร้อยละ 25.41 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.84 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32.14 และ นักวิชาการ ร้อยละ 25.22 สังกัดอยู่ใน รพ.สต. ร้อยละ 33.42 และสังกัดอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 31.12 และผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า มีประเด็นหลัก ดังนี้

5.1 สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในการดูแล กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การบูรณาการและประสานประโยชน์ในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับต่างๆ การจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้กระบวนการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมแก้ปัญหา และประเมินผล การจัดบริการที่ตรงและ ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การดูแลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการ ให้บริการเชิงรุกเพิ่มขึ้น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน รพ.สต. ให้เข้มแข็ง โดยพี่เลี้ยงเครือข่ายอำเภอ อย่างต่อเนื่อง

5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวในการดูแล กลุ่มเป้าหมายด้านบุคลากร นโยบายจากส่วนกลางมีมากขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมากส่งผลให้บริการเชิงรุกดูแลกลุ่มเป้าหมายลดลง รวมถึงการกำกับ ติดตาม ประเมินผลเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บุคลากรใน รพ.สต. บางส่วนยังขาดศักยภาพด้านการ ดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ปัญหาด้านผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ยังเข้าไม่ถึงบริการ ปัญหา ด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคเฉพาะทาง

5.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานนโยบายทีมหมอบรรลุ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การวางแผนดำเนินการที่ดี การกำกับติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และทำงานร่วมกันเป็นทีม การจัดสรรแบ่งปันทรัพยากร ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองและชุมชน

5.4 ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุ ได้แก่ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน การวางแผนดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ การมีสัมพันธภาพที่ดี การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวให้กับประชาชน

การอภิปรายผล

1. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุในพื้นที่นาร่อง จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยใช้กรอบของโมเดล CIPP ในการอภิปรายผล ดังนี้

1.1 ด้านบริบท (Context) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะประเด็นนโยบายทีมหมอบรรลุตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายทีมหมอบรรลุ ได้ก่อเกิดขึ้นจากแนวคิดของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ให้เท่าเทียมและทั่วถึง จะเห็นได้ว่าข้อความนี้เป็นเชิงบวกจากการที่มีนโยบายทีมหมอบรรลุตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในพื้นที่ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล (สมยศ ศรีจารนัย และคณะ, มปป.) นโยบายนี้จึงสอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของประชาชน ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ กิตติคุณ บัวบาน (2560) ที่พบว่า ด้านบริบทของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดี มีความสอดคล้องระหว่างโครงการสาธารณสุขและนโยบายการศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาของรวิวรรณ ศิริสมบุญ และณภัทรกฤต จันทวงศ์ (2558) พบว่า ด้านบริบทของโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเหมาะสมในระดับมากในประเด็นความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้รับผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตามความคาดหวังของผู้บริหารและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ นโยบายทีมหมอบรรลุ มีการชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการถ่ายทอดนโยบายทีมหมอบรรลุสู่การปฏิบัติในระยะแรก ยังไม่ชัดเจนถึงทุกระดับ และบุคลากรผู้ปฏิบัติยังต้องการข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับนโยบาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (มปป.) ศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรลุ พบว่า ในช่วง 3 เดือนแรกบุคลากรรับรู้นโยบายไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่รับรู้เฉพาะระดับผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน ในช่วง 6 เดือน การรับรู้ขยายตัวเพิ่มขึ้น จากการมีช่องทาง

การสื่อสารนโยบายหลายช่องทาง โดยเฉพาะจากการติดตามนโยบายสาธารณสุขของคณะรัฐมนตรีฯ ส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นนโยบายที่มุ่งประโยชน์เพื่อประชาชน

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในประเด็น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการรับรู้นโยบายและการนำไปปฏิบัติ ซึ่งมีความสอดคล้องเป็นไปตามความคาดหวังและแนวทางปฏิบัติของนโยบายที่มหมครอบครั้ว ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการสุขภาพ (มูลนิธิแพथ์ชนบท, 2558) และในการนำไปปฏิบัติ ที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนำนโยบายที่มหมครอบครั้วสู่การปฏิบัติ ในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับทุนการดำเนินงานเดิม โดยเฉพาะการดำเนินงานเชิงรุกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและ กลุ่มเป้าหมาย ที่แต่ละพื้นที่มีแผนการทำงานหรือรูปแบบการทำงานที่ใช้การบูรณาการกับงานเดิมที่ทำอยู่จริง จึงสามารถพัฒนาต่อยอด ขยายผลได้มากขึ้น (สมยศ ศรีจารนัย และคณะ, ม.ป.ป.) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิมิต กมฺุขชาติ (2558) พบว่า การสร้างทีมที่เข้มแข็งและสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานที่ มาจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผน ดำเนินการ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตามการสนับสนุนงบประมาณและความเหมาะสมเพียงพอด้านบุคลากรในการดำเนินการตามนโยบาย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ยังต้องการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้วางแผนดำเนินงานได้เต็มที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุดม อัสฺุฒมางกูร, อารยา ประเสริฐชัย, และช่อทิพย์ บรมชนะรัตน์ (2560) พบว่า การประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านงบประมาณและความเพียงพอ เหมาะสมของอัตรากำลังด้านสาธารณสุข

1.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการวางแผนดำเนินการ และการดำเนินกิจกรรมตามนโยบาย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก นโยบายที่มหมครอบครั้ว พัฒนาต่อยอดมาจากนโยบายการทำงานระบบสุขภาพพระดํบอำเภอ ซึ่งประเทศไทยได้ริเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ.2555 เป็นต้นมา และมีพัฒนาการมาตามลำดับด้วยการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้กระบวนการเรียนรู้แบบใช้บริบทเป็นฐานจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) ซึ่งจังหวัดเพชรบุรีได้ดำเนินการสอดคล้องตามนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่องตลอดมา จึงนับว่ามีต้นทุนการดำเนินการที่ดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับกิตติคุณ บัวบาน (2560) พบว่า โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดี มีกระบวนการที่ดีสามารถดำเนินการได้ตามแผน มีการบริหารจัดการได้ตามมาตรฐาน แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตามประเมินผลที่แสดงถึงประสิทธิผลของโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า การกำกับติดตามและประเมินผลนโยบายที่มหมครอบครั้ว อยู่ในระดับปานกลาง

1.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพดีขึ้น จะเกี่ยวข้องกับการวางแผนดำเนินกิจกรรม การเลือกกิจกรรมที่คาดว่าจะทำให้ประสบผลสำเร็จ และการกำกับติดตามการประเมินผล

อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Stufflebeam, 1971) แต่จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ด้านกระบวนการ การกำกับติดตามและประเมินผลนโยบาย ทีมหมอครอบครัว ยังอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งโครงการที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ จะเกี่ยวข้อง กับงบประมาณ ซึ่งจากผลการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณและความเพียงพอเหมาะสมของ อัตรากำลังด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายกลุ่ม ที่พบว่า ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการ ดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก ส่งผลต่อการให้บริการเชิงรุก และการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับอุดม อัสวมางกูร, อารยา ประเสริฐชัย, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2560) พบว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต อยู่ในระดับ ปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์ และคณะ (2561) พบว่า ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ในการประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งพบว่า อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้าน ความเป็นกันเอง เป็นมิตร และเต็มใจดูแล และด้านความสะดวกในการรับบริการ ทั้งนี้เป็นไปตาม เป้าหมายของนโยบายทีมหมอครอบครัวให้ประชาชนอุ่นใจ เป็นญาติมิตร ให้คำปรึกษา แนะนำ และดูแล ด้านสุขภาพของประชาชนและครอบครัวอย่างองค์รวม (สำนักบริหารยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อีกทั้งหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นผู้ดูแล แต่แรก ดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบครอบครัวผสมผสาน มีระบบคำปรึกษาและการส่งต่อ (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2551) จึงส่งผลให้ผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแลมีความพอใจในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ปิยะ เทพปวยงค์ (2558) พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอ ครอบครัวในระดับมาก และจากการศึกษาของวิสนา ศรีวิชัย (2561) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว มีความพึงพอใจในการจัดบริการด้านสุขภาพ ด้านชุมชน และ ด้านสังคมอยู่ในระดับมาก

3. คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผลการวิจัย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง ซึ่งอาจมีทุนเดิมด้านคุณภาพ ชีวิตที่ไม่ดีนัก และอาจต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พกฤษา บุกบุญ, และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์ (2557) ที่สำรวจ สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวัง ต่อบทบาททีมหมอครอบครัวในเชิงรูปแบบการทำงานที่เป็นองค์รวม ให้ผสมผสานต่อเนื่อง รวมทั้ง การส่งเสริมให้ประชาชน มีการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบคลุมทุกมิติปัญหาและ ความต้องการ รวมทั้งคาดหวังให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า นโยบายที่หมอครอบครัวนั้นว่าเป็นอีกมิติหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง สร้างความอุ่นใจในการบริการที่เป็นมิตร ในขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่กระตุ้นเตือนให้เกิดความตื่นตัวของบุคลากรในการทำงานเชิงรุก ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยการสร้างภาคีเครือข่าย เข้ามามีบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนในด้านสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลวิธีที่นำไปสู่การพึ่งพาตนเองของประชาชนได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การนำนโยบายที่หมอครอบครัวลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ควรมีแนวทางการบริหารเชิงนโยบาย ด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) เพื่อดำเนินงานตามนโยบายที่หมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษารายละเอียดการประเมินผลโดยการพัฒนาแบบที่หมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการดำเนินงาน เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กิตติคุณ บัวบาน. (2561). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ตำบลชะโนด อำเภอรามดง จังหวัดตาก. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 23(1), 13-25.
- กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster: แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2560 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/86.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชัดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)*. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2560 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>.
- นิธมล กุณฑล. (2558). รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 18(3), 183-193.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญชัย ธีระกาญจน์ (บ.ก.). (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

- ปิยะ เทพปิยวงศ์. (2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุศึกษา*, 38(130), 1-15.
- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เพ่งพิศ, สมชาย วิริตมัยกุล, นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2559). *ติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มูลนิธิแพทย์ชนบท. (2558). *คู่มือทีมหมอครอบครัวมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ จำกัด.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). *การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ* (District Health System Management Learning: DHML). สมุทรสาคร: APPA Printing Group.
- รวิวรรณ ศิริสมบูรณ์, และณภัทรกฤต จันทวงศ์. (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1075-1085.
- วัสนา ศรีวิชัย. (2561). การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก: ความคาดหวัง การได้รับบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล. *บูรพาเวชสาร*, 5(1), 64 - 82.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2543). *คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: เจริญผล.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). *ทฤษฎีการประเมิน* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมยศ ศรีจารนัย, พิชญภััสสร วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา, และสมใจ นกศิริชัย. (ม.ป.ป.). *การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สายพิน หัตถิรัตน์ (บรรณาธิการ). (2551). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์: Family medicine handbook* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)*. กรุงเทพฯ : ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *คลินิกหมอครอบครัว ปฏิรูป สธ.ไทย*. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2560 จาก <http://www.thaihealth.or.th/>.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำเริง แหยงกะโทก. (2560). *การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit=PCU)*. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พุกษา บุกบุญ, และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์. (2557). *ผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาทีมหมอครอบครัว* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- อุดม อัสวตมมากร, อารยา ประเสริฐชัย, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2560). การประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. *วารสารศูนย์การศึกษา แพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(2), 124-134.
- อุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์, ศศิพร โลจายะ, และดุจเดือน ตั้งเสถียร. (2561). การประเมินผลการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2560. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งประเทศไทย*, 8(3), 450-466.
- Stufflebeam, D.L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of research and Development in Education*, 5(1), 19-25.

กรณีศึกษา (Case study)

การระบาดของเชื้อ Carbapenam – Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานี Outbreak of Carbapenam – Resistant Enterobacteriaceae (CRE) in Neonatal Intensive Care Unit, Pathumthani Hospital

อรัทัย ศิลป์ประกอบ^{1*}, วารุณี ยินดีใน¹

Orathai Sinlprakob¹, Varunee Yindenai¹

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: orathai_ss@hotmail.com) โทรศัพท์ 091-0051620

(Received: January 20, 2019; Revised: March 27, 2019; Accepted: April 05, 2019)

บทคัดย่อ

จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานี ช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา Carbapenam-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) จำนวน 3 ราย จึงได้มีการส่งตรวจเพาะเชื้อเสมหะและอุจจาระของผู้ป่วยทุกราย พบมีการติดเชื้อ CRE 8 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อในหน่วยงาน จึงดำเนินการยืนยันการระบาด สอบสวนระบาด ทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงาน พบว่า การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไม่เป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนด และมีการรับผู้ป่วยเกินจำนวนเตียงและภาระงาน รวมทั้งศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล จัดประชุมบุคลากรในหน่วย วิกฤตทารกแรกเกิดทุกระดับ เพื่อปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติการทำงานร่วมกัน เน้นมาตรฐานการล้างมือ จัดแบ่ง เขตพื้นที่ผู้ป่วยติดเชื้อ จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ และเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานในเขต พื้นที่แยกโรค ติดตามกำกับกับการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด ตลอดจนการเพิ่มช่องทางการ สื่อสารของคณะทำงานติดตามเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อผ่านกลุ่มไลน์และกระดานสื่อสาร และ มีการ ติดตามในระบบเวชระเบียน

การติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน พบว่า สามารถควบคุมการระบาดในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ได้ภายใน 5 เดือน ซึ่งมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อและสัมผัสเชื้อก่อโรค รวม 59 ราย เสียชีวิต 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.17 ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 33 ราย และมีค่าใช้จ่ายการรักษาที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ รวมเป็นเงิน 463,880 บาท ค่ารักษาเฉลี่ย 173,236.53 บาทต่อราย ค่ายาต้านจุลชีพเฉลี่ย 17,658.41 บาทต่อราย และมี จำนวนวันนอนเฉลี่ย 42 วันต่อราย

คำสำคัญ : หน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด, การติดเชื้อดื้อยา CRE

¹ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Pathumthani hospital, Pathumthani province

Abstract

During May-August, 2017, Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) Infection was found three cases in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) infection monitoring system of Pathumthani hospital. Surveillance culture (sputum and stool) coverage in NICU patient was done and eight out of twelve cases were found infected. This study aimed to confirm the CRE outbreak. A literature review, consulted infection control experts, and personnel meeting were conducted for setting up the practical guideline. The focus is on strict hand washing, zoning, personal protective preparation, and assignment to care cohort zone. Monitoring practice for control: line group, board info posting once a week. Concrete tag alert for CRE in information system.

Outcome 5 months, duration 59 cases (cases and contact cases): death 6 case (10.17%), refer 33 cases and cost for this 463,880 Baht, average cost 173,236.53 (19,281 – 803,237) baht per patient, average antibiotics cost 17,658.41 (352 – 90,218) baht per patient, average length of stay 42 day per patient.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit, CRE infection

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญในหน่วยบริการทางการแพทย์ ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา (อะเคื้อ อุนหะเลขกะ, 2558) ปัจจุบันถือว่าอยู่ในขั้นอันตรายและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ประเด็นสำคัญได้แก่ เชื้อก่อโรคที่ดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนาน (Multidrug Resistant Organisms: MDROs) ซึ่งหมายถึงเชื้อที่ดื้อยาด้านจุลชีพตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป สาเหตุสำคัญของการเกิดกลไกการดื้อยาด้านจุลชีพ คือ การปรับเปลี่ยนชนิดและปริมาณการใช้ยาด้านจุลชีพ ถ้ายาต้านจุลชีพไม่สามารถฆ่าจุลชีพได้หรือจุลชีพไม่ถูกยับยั้งการแบ่งตัว จุลชีพจะสร้างกลไกการดื้อยา โดยผลิตยีนดื้อยาขึ้นมา นอกจากนี้จุลชีพที่มียีนดื้อยาสามารถถ่ายทอดยีนดื้อยาไปสู่จุลชีพตัวอื่นๆ ได้ ทำให้มีการเพิ่มจุลชีพดื้อยามากขึ้น ซึ่งพบมากในหน่วยบริการที่ต้องใช้ยาด้านจุลชีพจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่และพบมากในหน่วยงานที่มีการใช้ยาด้านจุลชีพหลายชนิดและจำนวนมาก ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นต้น (สถาบันบำราศนราดูร, 2557)

จากข้อมูลของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลปทุมธานี ช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2560 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) จำนวน 3 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 1 ราย และที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จำนวน 1 ราย รายงานผลตรวจเพาะเชื้อ พบเชื้อดื้อยา CRE และในช่วงเวลาดังกล่าว หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) มีการติดเชื้อ CRE ในกระแสเลือด จำนวน 1 ราย กุมารแพทย์

ได้ขอคำปรึกษาจากทีมแพทย์เฉพาะด้านทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เขตบริการสุขภาพที่ 4 เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเร่งด่วน หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดได้คัดกรอง (Screening) โดยการส่งอุจจาระเพื่อเพาะเชื้อ (Rectal swab culture) และส่งเสมหะเพาะเชื้อ (Throat swab culture) เพื่อหาเชื้อ CRE ผลการตรวจพบว่า มีการติดเชื้อดื้อยา CRE จำนวน 8 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.00 (โรงพยาบาลปทุมธานี, 2560) เพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดครั้งนี้ จึงจัดการประชุมร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลปทุมธานี ในวันที่ 3 สิงหาคม 2560 เพื่อศึกษาสถานการณ์ หาสาเหตุ สรุปลหาแนวทางแก้ไขปัญหาและป้องกันการระบาดของเชื้อ

การติดเชื้อ CRE ในครั้งนี้ เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตทำให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาดูแลในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ตลอดจนต้องส่งต่อการรักษาเมื่อเกิดปัญหาเตียงเต็ม ตามมาด้วยความจำเป็นต้องปฏิเสธการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยใหม่สัมผัสเชื้อ CRE เพื่อป้องกันการระบาดที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปดูแลต่อ ซึ่งตามปกติ หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด สามารถรับผู้ป่วยได้ 14 เตียง แต่เมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ต้องรับผู้ป่วยไว้จนเกินศักยภาพที่รองรับได้ มีภาระงานเพิ่มขึ้น จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่พักรักษาในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดเฉลี่ย 18 – 20 เตียงต่อเวร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มจำนวนและระยะเวลาในการใช้ยาต้านจุลชีพ โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีราคาสูง มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (Disposable equipment) และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (Personal protective equipment: PPE) เพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบให้เกิดความสิ้นเปลือง มีค่าใช้จ่ายในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการระบาดของเชื้อดื้อยา Carbapenam-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) และผลการดำเนินงานควบคุมการติดเชื้อ ในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานี

วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปทุมธานี ประกอบด้วย การทบทวนแนวปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลของโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลแพทย์ต่างๆ ทั้งของรัฐบาลและเอกชน (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, ศิริวรรณ สิริกวิน, ปรีชา ตันธนาธิป, และคณางค์ นาคสวัสดิ์, 2550; สถาบันบำราศนราดูร, 2557) การทบทวนเอกสารวิชาการ/วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (อะเคื่อ อุณหะলেখกะ, 2558; The CEC's Healthcare Associated infections (HAI) Program, 2015) และ

การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลปทุมธานี สามารถสรุปกิจกรรมหลักที่ควรดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อประกอบด้วย 14 กิจกรรม ดังนี้

1. ยืนยันการระบาด ดำเนินการค้นหา โดยการคัดกรองเชื้อดีเอยา CRE ผู้ป่วยในหน่วยวิกฤต ทารกแรกเกิดทุกราย โดยการส่งตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะ (Throat swab culture) และอุจจาระ (Rectal swab culture)

2. สอบสวนการระบาด ดำเนินการสอบสวนการระบาด โดยการพิจารณากลุ่มผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อ ตำแหน่งของการติดเชื้อที่ตัวผู้ป่วย ชนิดของเชื้อโรคที่พบในหน่วยงานขณะนั้น วิเคราะห์สิ่งแวดล้อม แนวการวางเตียง เพื่อดูความสัมพันธ์ของตำแหน่งเตียงผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อ CRE ว่าสัมพันธ์กันหรือไม่ บุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานในช่วงที่เกิดระบาด

3. ทบทวนมาตรฐานการทำงาน ฝ่าสังเกตรูปการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคน ว่าปฏิบัติตามมาตรฐานหรือไม่ เช่น มาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการเตรียมแบบปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) การล้างมือของบุคลากร ระบบการดูแลแบบแยกส่วน และการถอดใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

4. ทบทวนความรู้ของบุคลากรในหน่วยงาน ความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ขอคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางในเขตบริการสุขภาพที่ 4 เชิญคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลปทุมธานี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มาช่วยให้ความรู้และข้อเสนอแนะ สอนสาธิตการใส่/ถอดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อทุกชนิด และทบทวนวิธีการเตรียมแบบปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และสอนการถอด/ใส่อุปกรณ์ป้องกันกับญาติทุกรายที่มาเข้ามาเยี่ยมบุตรในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และเน้นย้ำเรื่องการล้างมือทั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้งตามหลัก 5 โอกาสสำคัญ ด้วย 6 ท่าทาง (5 Moments 6 Motions)

5. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน เน้นมาตรฐานการป้องกันไว้ก่อน (Standard precaution) การทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องและเข้มงวด กระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Centers for Disease Control and Prevention: CDC, 2015) ใช้เครื่องอุปกรณ์การติดเชื้อตามข้อบ่งชี้ การทำความสะอาดอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ เพื่อลดปริมาณเชื้อก่อโรคในสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน 1 ครั้งต่อวัน และทำความสะอาดพื้นที่บริเวณติดเชื้อทุกสัปดาห์ (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและคณะกรรมการดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โรงพยาบาลปทุมธานี, 2559)

6. จัดแบ่งแยกพื้นที่บริเวณติดเชื้อ สำหรับผู้ป่วยที่มีเชื้อก่อโรคชนิดเดียวกัน (Cohosting) เพื่อให้ห่างจากผู้ป่วยอื่นและติดป้ายเตือนสื่อสารการทำงานให้มองเห็นชัดเจน จัดแยกอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แบบ 1: 1 ใช้แล้วทิ้ง (Disposable equipment) ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานด้วยน้ำยา 0.5% Chlorhexidine และการทำความสะอาดใหญ่ (Big cleaning) ทุกสัปดาห์ แยกถุง/ถังผ้าเปื้อนให้จัดการแบบปนเปื้อน เก็บขนส่งในถุงแดง ขยะมูลฝอยทุกอย่างต้องมีการจัดการแบบขยะมูลฝอยติดเชื้อ

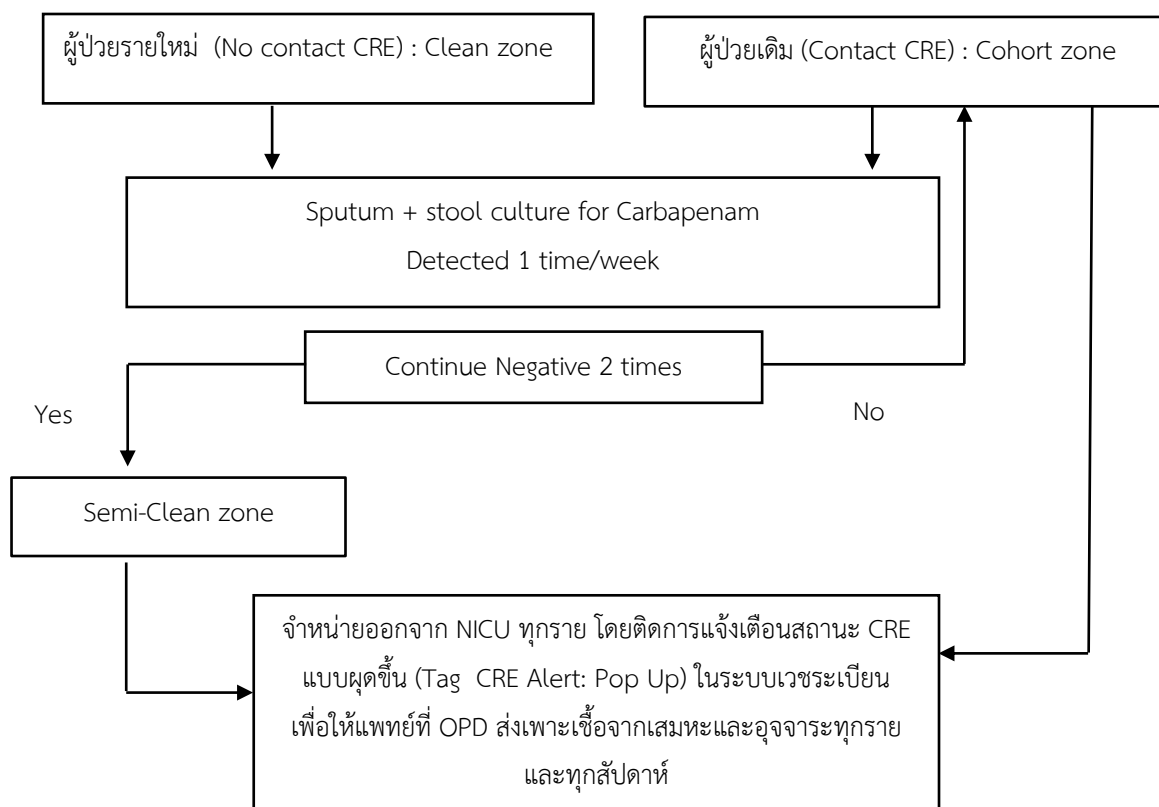
7. จัดอัตรากำลัง แยกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยเขตพื้นที่แยกโรค และจำกัดจำนวนบุคลากรที่เข้าไปสัมผัสโรค ส่วนมารดา/บิดาที่เข้าเยี่ยมบุตรทุกครั้ง จะต้องเน้นให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันไว้ก่อน สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก เสื้อคลุม หมวก และให้ถอดก่อนออกจากห้อง โดยทิ้งในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ (Hygienic hand washing) (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และคณะ, 2550; สถาบันบำราศนราดูร, 2557) เช่นเดียวกับบุคลากรและถ้าเป็นมารดาที่นอนเฝ้าบุตร ให้ไปอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ก่อนเข้านอนพักในห้องนมแม่ ซึ่งจัดเตรียมไว้สำหรับมารดาที่เฝ้าบุตรในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ถ้ามารดาสามารถมาเยี่ยมแบบไปกลับทุกวัน แนะนำให้กลับบ้านหลังเยี่ยมบุตรเสร็จ โดยไม่เข้าไปในห้องดังกล่าว

8. จัดหาและเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา และเบิกจ่ายสำหรับใช้ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมให้เพียงพอ

9. สังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรแต่ละระดับ โดยการนิเทศ ติดตาม กำกับให้มีการปฏิบัติงานตามแนวทางที่ได้วางไว้ร่วมกันอย่างเข้มข้น

10. พัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เฝ้าระวัง ติดตามตัวชีวิต รายงานผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบไปพร้อมๆ กัน ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ (Line group) ทุกสัปดาห์ เชิญคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลเข้าร่วมการประชุมและพยาบาลในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จะติดตั้งการแจ้งเตือนสถานการณ์ติดเชื้อ CRE แบบผุดขึ้น (Tag CRE Alert: Pop Up) ในระบบเวชระเบียน ถ้าผลเพาะเชื้อของเสมหะและอุจจาระ ไม่พบเชื้อ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ย้ายผู้ป่วยออกจากจากเขตพื้นที่แยกโรค เมื่อผู้ป่วยหายจากการติดเชื้อแล้ว แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ ถ้าเชื้อก่อโรคหมดแล้ว ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ถ้าเชื้อก่อโรคมียังมีอยู่ให้ติดสัญลักษณ์ว่าผู้ป่วยยังมีเชื้อดื้อยา เพื่อให้มีมาตรการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา เมื่อมาโรงพยาบาลในครั้งต่อไป แจ้งญาติทราบว่าผู้ป่วยยังมีเชื้อดื้อยาอยู่แต่ไม่เป็นอันตรายต่อญาติ เพียงแค่บอกญาติให้แจ้งแพทย์ โดยเฝ้าติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดการติดเชื้อ CRE พยาบาลในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จะเป็นผู้ปลดการแจ้งเตือนสถานการณ์ติดเชื้อ CRE แบบผุดขึ้น (Tag CRE Alert: Pop Up) ในระบบเวชระเบียนได้เพียงหน่วยงานเดียวเท่านั้น ดังภาพที่ 1

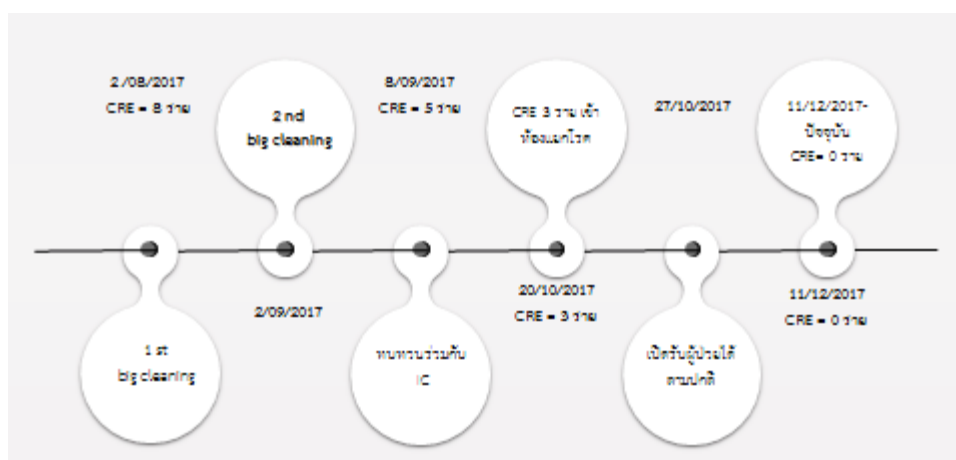
11. กำหนดแนวทางการย้ายเข้าผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เหมาะสมกับลักษณะของหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยควบคุมจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาสัมผัสเชื้อก่อโรค โดยจัดทีมรับผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินทันทีที่เกิด เพื่อลดโอกาสในการย้ายผู้ป่วยเข้าหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด กรณีต้องการส่งต่อไปหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอื่นๆ ให้ประสานส่งต่อ เพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องคลอดหรือห้องผ่าตัด โดยไม่ต้องผ่านหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ CRE จะจำหน่ายกลับบ้านจากหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ไม่ย้ายไปหน่วยงานอื่นๆ



ภาพที่ 1 แนวทางการจัดการและค้นหาคัดกรองผู้ป่วยที่นอนในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด

12. มีการทบทวนแนวทางการรักษาการติดเชื้อและการใช้ยาต้านจุลชีพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การใช้ยาต้านจุลชีพมีประสิทธิภาพมากที่สุด

13. เฝ้าระวังผลการตรวจเพาะเชื้อ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อแสดงทิศทาง แนวโน้มของการติดเชื้อดื้อยา และผลลัพธ์การดำเนินงาน ให้ทีมงานและผู้เกี่ยวข้องทราบ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงระยะเวลาในการดำเนินการควบคุมการระบาดของ CRE ในหน่วยงาน

14. งดการรับผู้ป่วยใหม่เข้ามาในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยจัดทีมพยาบาลสำหรับรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตและมีความเสี่ยงสูง (High risk) หรือมีโอกาสจะรับย้ายเข้ามาในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยให้ทีมดังกล่าวไปรับทารกที่ห้องคลอดหรือห้องผ่าตัดทันที ประเมินอาการในกรณีที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยทารกแรกเกิดป่วย (Sick newborn) ซึ่งไม่จำเป็นต้องย้ายเข้าหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด กรณีที่ประเมินสภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตจำเป็นต้องย้ายเข้าหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จะดำเนินการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพพร้อมในการดูแล โดยให้ทีมพยาบาลประเมินและส่งต่อออกไปจากห้องคลอดหรือห้องผ่าตัดได้เลย ไม่ต้องมาที่หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อ CRE และลดปริมาณผู้ป่วยที่จะเข้ามาสัมผัสเชื้อดื้อยา CRE ในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

ผลการดำเนินงาน

จากการยืนยันการระบาด พบว่า มีการตรวจพบเชื้อ CRE จากเสมหะหรืออุจจาระ จำนวน 8 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย การสอบสวนการระบาด พบว่า ช่วงเวลาดังกล่าวมีประเด็นที่ต่างไปจากปกติ คือ มีผู้ช่วยเหลือคนไข้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน จำนวน 1 ราย ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการทำความสะอาดปรอทวัดไข้ โดยมีมีการใช้ปรอทวัดไข้ทางทวารหนัก ปะปนกันระหว่างผู้ป่วยรายอื่นๆ ภายหลังจากการทำความสะอาดแล้ว ไม่ได้แยกใช้อุปกรณ์นั้นกับผู้ป่วยรายเดียวกันจนจำหน่วย และการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของบุคลากรในหน่วยงาน เช่น การล้างมือ การใช้เทคนิคแบบปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) เป็นต้น รวมทั้งหลักเกณฑ์ในการรับย้ายผู้ป่วยเข้าในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด ไม่ได้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ เมื่อสรุปภาพปัญหาดังกล่าวได้แล้ว ทำให้เกิดความตระหนักในการแก้ไขเพื่อหาวิธีการทำงานร่วมกันป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ CRE ในหน่วยงานอย่างบูรณาการของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของโรงพยาบาล ปทุมธานีและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของโรงพยาบาล ทำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ด้านเทคนิคการดูแล 3) ด้านพื้นที่เก็บอุปกรณ์ 4) ด้านการตรวจเพาะเชื้อสิ่งแวดล้อม 5) ด้านบุคลากร 6) ด้านเชื้อโรค 7) ด้านการบริหารจัดการ และ 8) ด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาซ้ำ สามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินการก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

หัวข้อ	ก่อนการเปลี่ยนแปลง	หลังการเปลี่ยนแปลง
1. ด้านสิ่งแวดล้อม		
- อ่างล้างมือ	- มีจำนวน 2 อ่าง ในเขตพื้นที่ติดเชื้อและ เขตพื้นที่ผู้ป่วยทั่วไป และตรวจพบว่า มีการละเลยมาตรฐานการใช้อ่างล้างมือ คือ มีการล้างของสกปรกใน อ่างล้างมือสะอาด	- เพิ่ม อ่างล้างมือ 2 อ่างในเขตพื้นที่ผู้ป่วยทั่วไป และเขตพื้นที่ติดเชื้อ 1 อ่าง รวมทั้งสิ้นมี 4 อ่าง - ติดป้ายแสดงอ่างสะอาดและสกปรก ให้ชัดเจน ไม่พบว่ามีกรละเมิด - เครื่องครัดให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานการใช้อ่างล้างมือ
- เขตพื้นที่ติดเชื้อ	- มีเขตพื้นที่ติดเชื้อเพียง 1 ห้อง รองรับ ผู้ป่วยได้ 3 เตียง เมื่อผู้ป่วยปลอดภัย การติดเชื้อมีแนวโน้มลดลงในเตียงเดิมหรือ รื้อย้ายออก เมื่อมีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เขตพื้นที่ติดเชื้อ - เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 3 ราย จะใช้วิธีการแบ่งเขตพื้นที่ติดเชื้อ จากเขตพื้นที่ผู้ป่วยทั่วไป แต่ยังไม่มีการ กำหนดเขตพื้นที่ให้ชัดเจนตรงกัน ทำให้ เกิดการหมุนเวียนเขตพื้นที่ติดเชื้อไป โดยรอบ ในเขตพื้นที่ผู้ป่วยทั่วไป ไม่มี ป้ายหรือขอบเขตการจัดแบ่งพื้นที่ที่ใช้ และไม่ได้มีการสื่อสารให้แพทย์รับทราบ	- จัดหาเขตพื้นที่ติดเชื้อใหม่ โดยกำหนดพื้นที่ บริเวณด้านหลังหน่วย NICU ใกล้บริเวณที่ สามารถล้างมือและทิ้งขยะติดเชื้อได้ง่าย และเพิ่ม การประเมิน โดยการส่งตรวจเพาะเชื้อ ถ้าไม่พบ การติดเชื้อซ้ำติดต่อกัน 2 ครั้ง จึงสามารถย้าย ออกจากเขตพื้นที่ติดเชื้อได้ แต่ยังคงย้ายออกให้ อยู่ในเขตพื้นที่เฝ้าระวังที่จัดเตรียมไว้ - มีการจัดทำเขตพื้นที่ติดเชื้อ โดยการตีเส้นสีแดง ที่พื้น กันมานพลาสติก ติดป้ายแสดง เขตพื้นที่ติด เชื้อ จัดเตรียมถังขยะติดเชื้อที่ใช้สำหรับเท้า เหยียบมีฝาปิดมิดชิด - เตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ อย่างเพียงพอ ไว้ในเขตพื้นที่สะอาด และเครื่องครัดให้บุคลากร ใส่ ก่อนเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและถอดทิ้งใน เขตพื้นที่ติดเชื้อ ก่อนออกจากบริเวณดังกล่าว
- เครื่องมือ อุปกรณ์ ทางการแพทย์	- เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์มีไม่ เพียงพอสำหรับใช้งานกับผู้ป่วยเฉพาะ ราย เช่น หูฟัง แอบริดความดันโลหิต เป็นต้น มีการหมุนเวียนใช้งานร่วมกันกับ ผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งมีความจำเป็น จาก สาเหตุที่มีผู้ป่วย นอนเกินจำนวนเตียง (เฉลี่ย 18-20 เตียงต่อเวร โดยรับได้เพียง 14 เตียงต่อเวร) รวมทั้งอุปกรณ์บางส่วน ชำรุด จัดหาเพิ่มเติมได้ไม่ทันเวลาที่ เพราะอยู่ในช่วงสิ้นปีงบประมาณ	- เร่งจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม ให้เพียงพอกับการใช้ กับผู้ป่วยเฉพาะราย ไม่ใช่ใช้อุปกรณ์ปะปนกับผู้ป่วย รายอื่นๆ เช่น หูฟัง ปรอทวัดไข้ แอบริดความดัน โลหิต เป็นต้น - แพทย์บริหารจัดการ เพื่อให้มีจำนวนผู้ป่วยนอน พักรักษาตัวใน NICU โดยไม่ให้จำนวนเกิน 13 – 14 เตียงต่อเวร
- การทำความสะอาด สิ่งแวดล้อม ในหน่วยงาน และ	- ใช้น้ำยา Hibi-scrub และน้ำสะอาด เช็ดทำความสะอาดตู้รถพยาบาล 1 ครั้งต่อ วัน	- ปรับขั้นตอนในการใช้น้ำยาทำความสะอาดตู้รถ พยาบาล โดยเรียงลำดับ ดังนี้ 1. น้ำยา 0.5 % Chlohexidine

หัวข้อ	ก่อนการเปลี่ยนแปลง	หลังการเปลี่ยนแปลง										
น้ำยาเช็ดทำความสะอาด สะอาด	- ทำความสะอาดตู้ดูดทารกทั้งตู้เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย โดยถอดทุกชิ้นส่วนล้างทำความสะอาด และนำไปดูดซับไปอบต่อด้วยอุณหภูมิ 39 องศา นาน 24 ชั่วโมง ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป	2. น้ำสะอาด 3. น้ำยา Hibi-Scrub โดยบุคลากรจะต้องใส่ถุงมือ และสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง (Disposable equipment) เมื่อเช็ดทำความสะอาดตู้ดูดทารกเสร็จ ต้องทิ้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำทำความสะอาดทุกชิ้น ได้แก่ ถุงมือ ผ้าปิดปาก – จมูก เสื้อคลุม หมวก ลงในถังขยะติดเชื้อที่จัดเตรียมไว้และล้างมือตามมาตรฐาน										
2. ด้านเทคนิคการดูดเสมหะ	- ใช้เทคนิคการดูดเสมหะแบบเปิด (Opened suction) ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	- ใช้เทคนิคการดูดเสมหะแบบปิด (Closed suction) ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีการติดเชื้อดื้อยาทุกราย										
3. ด้านพื้นที่เก็บอุปกรณ์	- มีการจัดวาง ตู้เก็บของสะอาด ปราศจากเชื้อ (sterile) ไว้ในเขตพื้นที่ติดเชื้อ	- ปรับเปลี่ยนการจัดวาง ตู้เก็บของสะอาด ปราศจากเชื้อไว้ในเขตพื้นที่สะอาด เน้นย้ำการปิดฝาตู้ทุกครั้ง เมื่อหยิบของใช้เสร็จเรียบร้อยแล้ว										
4. ด้านการตรวจเพาะเชื้อสิ่งแวดล้อม	- ไม่เคยปฏิบัติ	- เพิ่มแนวปฏิบัติการส่งเพาะเชื้อจากสิ่งแวดล้อม โดยพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล จากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของหน่วย NICU 25 แห่ง พบ การติดเชื้อ 4 แห่ง ดังนี้ <table><tr><th>สิ่งที่ส่ง</th><th>เชื้อ</th></tr><tr><td>แถบวัดความดันโลหิต</td><td>K. pneumoniae</td></tr><tr><td>อ่าง/ก๊อกรน้ำ</td><td>A. baumannii</td></tr><tr><td>สายยางดูดเสมหะ</td><td>K. ozaenae (CRE)</td></tr><tr><td>AMBU bag</td><td>K. pneumoniae</td></tr></table> * ส่งตรวจวันที่ 26 กันยายน 2560 พบว่า มีการติดเชื้อ CRE ที่สายยางดูดเสมหะ 1 แห่ง จึงปรับเปลี่ยนการทำทำความสะอาด สายยางดูดเสมหะและเน้นย้ำให้พยาบาลใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกัน ก่อน-หลังการดูดเสมหะทุกครั้ง	สิ่งที่ส่ง	เชื้อ	แถบวัดความดันโลหิต	K. pneumoniae	อ่าง/ก๊อกรน้ำ	A. baumannii	สายยางดูดเสมหะ	K. ozaenae (CRE)	AMBU bag	K. pneumoniae
สิ่งที่ส่ง	เชื้อ											
แถบวัดความดันโลหิต	K. pneumoniae											
อ่าง/ก๊อกรน้ำ	A. baumannii											
สายยางดูดเสมหะ	K. ozaenae (CRE)											
AMBU bag	K. pneumoniae											
5. ด้านบุคลากร	- มาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการเตรียมแบบปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) ไม่ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัด 100 % - การล้างมือของบุคลากรบางคน ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด - จัดระบบการดูแลแบบแยกส่วน	- บุคลากรสามารถตามมาตรฐานการทำงานได้ถูกต้องตามตัวชี้วัดที่กำหนด - บุคลากรทุกคน ล้างมือถูกต้องตามหลักการ ก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง - พยาบาลให้การปฏิบัติการพยาบาลแบบรายกรณี โดยสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1: 1-3 ราย										

หัวข้อ	ก่อนการเปลี่ยนแปลง	หลังการเปลี่ยนแปลง
	- การถอดใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไม่เป็นมาตรฐานที่กำหนด - พบเชื้อ CRE ในผลเพาะเชื้อจากเสมหะหรืออุจจาระ มุ่งประเด็นไปที่เทคนิคการคัดเสมหะ เทคนิคการวัดไข้	- บุคลากรสามารถ ถอด ใส่และทิ้งอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด - ปรับเปลี่ยนให้พยาบาลเป็นผู้วัดปรอท และล้างปรอทให้ผู้ป่วยทุกราย และใช้กับผู้ป่วยรายนั้นเพียงรายเดียวจนจำหน่าย ไม่ใช่ปะปนกัน
6. ด้านเชื้อโรค	- พบเชื้อ CRE จากเสมหะ หรืออุจจาระ ในผู้ป่วยจำนวน 8 ราย จากทั้งหมด 12 ราย - เชื้อโรค ที่มีแนวโน้มจะดื้อยาเพราะมีการใช้ยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นยากลุ่ม Broad spectrum เป็นระยะเวลานาน และไม่ได้ตรวจสอบความไวของยา (Sensitivity) เพื่อปรับเปลี่ยนชนิดของยา	- วางแนวทางปฏิบัติการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล
7. ด้านการบริหารจัดการ	- ยอดผู้ป่วยเฉลี่ย 18 - 20 รายต่อวัน (รับได้จริง 14 เตียง) - มีเกณฑ์ในการรับย้ายผู้ป่วยเข้าในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด แต่ไม่ได้ถูกปฏิบัติ - มารดาที่นอนเฝ้าบุตรในหน่วย NICU ล้างมือ หลังจับสัมผัสบุตร แต่ไม่ได้อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วงเวลาที่เข้าไปรับประทานอาหารและนอนพักค้างร่วมกับมารดา ท่านอื่นๆ ในห้องนมแม่ที่จัดไว้ให้ - สัดส่วนอัตรากำลังพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ - อัตราากำลังพยาบาลไม่เพียงพอต่อการบริการแบบรายกรณี ยังมีการใช้พยาบาลร่วมกัน ระหว่างทีมที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไป และทีมที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ - พยาบาลที่ทำหน้าที่รับเด็กที่ห้องคลอดเป็นพยาบาลประจำการตามปกติ - มาตรฐานและเกณฑ์การรับย้ายผู้ป่วยทารกแรกเกิดจากห้องคลอดหรือห้องผ่าตัดเข้าหน่วย NICU ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง	- แนะนำให้มารดาที่นอนเฝ้าบุตร สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ก่อนและหลังการสัมผัสทารก ทุกครั้งอย่างเคร่งครัด รวมทั้งสอนการใส่/ถอด และทิ้งให้ถูกวิธี - แนะนำให้มารดาที่พักค้างห้องนมแม่ ไม่นั่งหรือนอนเตียงปะปนกับมารดาท่านอื่น ส่วนมารดาที่ไม่ได้นอนเฝ้าบุตร หลังเยี่ยมบุตรให้ล้างมืออย่างถูกวิธีและไม่ควรเข้าไปใช้ห้องนมแม่ร่วมกับมารดาท่านอื่นอย่างเคร่งครัด - จัดอัตรากำลังแยก สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรง กรณีที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องให้บริการร่วมกันทั้งทีมผู้ป่วยทั่วไป และทีมผู้ป่วยติดเชื้อ ให้บุคลากรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อครบชุด เน้นการใส่ ถอดและทิ้งรวมทั้งการล้างมือ ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด - จัดอัตรากำลังเพิ่มเพื่อรองรับภาระงาน กรณีที่ต้องรับเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤต รวมทั้งกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยออกไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ โดยตรงจากห้องคลอดหรือห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ CRE

หัวข้อ	ก่อนการเปลี่ยนแปลง	หลังการเปลี่ยนแปลง
		- ทบทวนเกณฑ์และมาตรฐานการรับผู้ป่วย เข้า และจำหน่ายออกจากหน่วย NICU เท่ากับ 14 เติบโตต่อแบริ เพื่อความเหมาะสมของภาระงาน
8. ด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาซ้ำ	- ส่งตรวจเพาะเชื้อเฉพาะรายที่มีคำสั่งจากแพทย์	- ช่วงที่มีการระบาด มีการส่งเพาะเชื้อสิ่งแวดล้อมในหน่วย NICU โดยพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Nurse : ICN) - พยาบาลในหน่วย NICU เป็นผู้ส่งเพาะเชื้อจากเสมหะและอุจจาระผู้ป่วยทุกรายที่นอนพักค้างในหน่วย NICU ในช่วงนั้นทุกสัปดาห์ รายงานแพทย์ เมื่อไม่พบเชื้อ (No growth) ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยรายนั้นไม่ติดเชื้อ และทำการย้ายไปดูแลในเขตพื้นที่ผู้ป่วยทั่วไป - พยาบาลหน่วย NICU เป็นผู้ติดตามแจ้งเตือนสถานะ CRE แบบผุดขึ้น (Tag CRE Alert: Pop Up) ในระบบเวชระเบียน มีการแจ้งเตือน เมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษา (Follow-up) ถ้าผลเพาะเชื้อ ไม่พบการติดเชื้อ (No growth) เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นไม่ติดเชื้อ พยาบาลหน่วย NICU จะยกเลิกการแจ้งเตือนสถานะ CRE แบบผุดขึ้น (Tag CRE Alert: Pop Up) ในระบบเวชระเบียนออก - หลังจากผู้ป่วย CRE รายสุดท้ายจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ยังมีการติดตามเฝ้าระวังการระบาด โดยการส่งตรวจเพาะเชื้อผู้ป่วยทุกรายทุก 2 สัปดาห์ เมื่อผลการตรวจไม่พบเชื้อ (No growth) ติดต่อกัน 2 ครั้ง - ส่งตรวจเพาะเชื้อผู้ป่วยทุกราย เดือนละ 1 ครั้ง จนผลตรวจไม่พบเชื้อ (No growth) ติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน จึงจะยืนยันและสรุปผลสิ้นสุดสถานการณ์ระบาดของเชื้อ CRE

สรุปกรณีศึกษา

จากการที่หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด มีปัญหาการระบาดติดเชื้อดื้อยา CRE ทำให้เกิดความร่วมมือจากบุคลากรทั้งในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้และสิ่งของจำเป็นในการ

จัดการจากผู้บริหาร คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในและเครือข่ายโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อควบคุมการระบาดได้จนสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพนั้น เกิดจากกระบวนการ ดังต่อไปนี้

1. การวางแผนบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองต่อการระบาดและการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ โดยได้รับความร่วมมือจากทีมผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความร่วมมือร่วมใจอย่างเต็มที่ของบุคลากรในหน่วยวิกฤตทหารบกแรกเกิด ทำให้กระบวนการสอบสวนโรคและการควบคุมการระบาดสามารถทำได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. การกำกับ ติดตามและตรวจสอบการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและตัวชี้วัดที่กำหนด รวมทั้งการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและชี้ให้เห็นความสำคัญในบทบาทของตนเองต่อการเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อให้กับบุคลากรทุกหน่วยงานในองค์กร มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบและกลไกการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. กำกับติดตามให้บุคลากรปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ มาตรฐาน ตัวชี้วัดและแนวปฏิบัติที่ดีอย่างเคร่งครัดจะช่วยสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้เป็นไปตามมาตรฐานและปฏิบัติตามได้จริง

4. พัฒนาวิธีการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีในการทำงานที่ร่วมกัน ได้เรียนรู้วิธีการทำงาน และการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีในการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. จากผลการสอบสวนโรค ผู้บริหาร คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่าย รวมทั้งผู้บริหารได้ร่วมกันกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานและจากการสร้างมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมมือกันอย่างจริงจัง ทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้ภายในระยะเวลา 5 เดือน (2 สิงหาคม พ.ศ.2560 – 14 ธันวาคม พ.ศ.2560) และการเฝ้าระวังติดตามการระบาดอย่างต่อเนื่อง พบว่า ไม่พบการติดเชื้อจนถึงปัจจุบัน ในช่วงเวลาที่เกิดการระบาดมีผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและผู้ป่วยที่สัมผัสเชื้อก่อโรคจำนวน 59 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.17 ต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จำนวน 33 ราย โดยมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่โรงพยาบาลปทุมธานีต้องรับผิดชอบเป็นเงิน 463,880 บาท ค่าใช้จ่ายการรักษาผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตทหารบกแรกเกิดเฉลี่ย 173,236.53 (19,281 – 803,237) บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านจุลชีพ เฉลี่ย 17,658.41 (352 – 90,218) บาทต่อราย และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและผู้ป่วยที่สัมผัสเชื้อ CRE มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 42 (1– 157) วันต่อราย

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยวิกฤตทหารบกแรกเกิด ควรมีแนวปฏิบัติด้านการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ชัดเจนถูกต้องตามมาตรฐาน มีการให้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะแนวปฏิบัติต่างๆ เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน และสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

2. ควรเน้นให้บุคลากร มีการปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และหน่วยบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข และเป็นเครื่องมือในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล การละเลยไม่ปฏิบัติหรือไม่เคร่งครัดการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3. ควรมีการทวนสอบความรู้ แนวปฏิบัติและสมรรถนะด้านต่างๆ ของบุคลากรเป็นระยะๆ เช่น ทุก 6 เดือน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรและสร้างมาตรฐานการทำงานให้กับหน่วยงานหรือองค์กร

4. ควรมีการนิเทศติดตาม ตรวจสอบ ตัวชี้วัดต่างๆ ที่สะท้อนถึงคุณภาพการปฏิบัติงานด้านการควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ อย่างต่อเนื่องทุกเดือน

5. การประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายมีประโยชน์และมีความสำคัญ ทำให้สามารถขยายขอบเขตความรู้ ความรู้ที่ได้มาตรฐานและถูกต้อง

6. ในช่วงเวลาดังกล่าวบุคลากรหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด มีภาระงานเพิ่ม คือ การรับทารกแรกเกิดในห้องคลอดและห้องผ่าตัด พบว่า รับทารกแรกเกิดทั้งสิ้น 48 ราย แต่มีทารกแรกเกิดต้องย้ายเข้า NICU เพียง 16 ราย ทำให้จำนวนรับย้ายทารกลดลง 2 ใน 3 จึงเป็นโอกาสที่ผู้บริหารมีแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการประเมินและการช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤติของพยาบาลห้องคลอด เพื่อวางแผนลดการใช้อัตราค่าเลี้ยงพยาบาลของหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

7. ควรพัฒนาให้เกิดระบบการแจ้งเตือนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Alert LAB) ที่สำคัญแสดงรายการแบบผุดขึ้น (Pop up) อยู่ที่หน้าจอร์บบ์เวชระเบียน

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมเชื้อในโรงพยาบาล และคณะกรรมการดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โรงพยาบาลปทุมธานี. (2559). *แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่จำเป็นต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ* (เอกสารอัดสำเนา). ปทุมธานี: โรงพยาบาลปทุมธานี.
- โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. (2560). *รายงานสถิติการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปี 2560* (เอกสารอัดสำเนา). ปทุมธานี: โรงพยาบาลปทุมธานี.
- สมหวัง ด้านชัยจิตร, ศิริวรรณ สิริกวิน, ปรีชา ตันธนาธิป, และคัคณางค์ นาคสวัสดิ์. (2550). *คู่มือปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบำราศนราดูร.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2557). *แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมเชื้อก่อโรคดื้อยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา.
- อะเคือ อุณหเลขกะ. (2558). *แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) Infection: Patient FAQs*. Retrieved December 10, 2018, from <https://www.cdc.gov/hai/organisms/cre/cre-clinicianfaq.html>.

The CEC's Healthcare Associated infections (HAI) Program. (2015). Prevention and management of carbapenem-resistant enterobacteriaceae in NSW hospital: Information for clinical. *Clinical Excellence Commission*. Retrieved December 8, 2018, from http://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/258642/CRE-Fact-Sheet-2015-21-Sep-2015.pdf.

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษา เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสารฯ และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่งผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัยในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จะต้องเป็นสมาชิกของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงจะได้รับการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) (หัวข้อใหญ่ขนาด 18) (สถานที่ทำงานขนาด 12) (ผู้ให้การติดต่อขนาด 12) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 8-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปียกเว้น Original paper จำนวน 3 หน้า การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาขนาด 18 ใต้หน้าแรกตรงกลาง

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดอักษร 14 หน้า กึ่งกลางกระดาษอยู่ถัดจากชื่อเรื่อง 1 บรรทัด และให้ระบุเป็นตัวเลขยกท้าย

4. สถานที่ทำงาน อยู่ถัดจากชื่อผู้เขียน ขนาด 12 หน้า กึ่งกลางกระดาษ

5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

6. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวน (3-5 คำ)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หน้า หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 – 5 ตัวอักษร ขนาดตัวอักษรปกติ (ตามข้อ 1)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ดังนี้ (The Nursing and Midwifery Council)

9. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

9.1 บทคัดย่อภาษาไทย

9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

9.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

- 9.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 9.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 9.6 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 9.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
- 9.8 ผลการวิจัย
- 9.9 การอภิปรายผล
- 9.10 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- 9.11 เอกสารอ้างอิง
10. บทความวิชาการ
 - 10.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 10.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
 - 10.4 เอกสารอ้างอิง
11. รายงานกรณีศึกษา
 - 11.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 11.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 11.3 เนื้อหา
 - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - วัตถุประสงค์
 - วิธีดำเนินการศึกษา
 - ผลการศึกษา
 - สรุปกรณีศึกษา
 - ข้อเสนอแนะ
 - 11.4 เอกสารอ้างอิง
12. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุในเนื้อเรื่องด้วยว่าใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด
13. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ตเส้นขนาดพองาน ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด เขียนหมายเลขลำดับภาพ และลูกศรแสดงด้านบนและด้านล่างของภาพด้วย

ดินสอที่หลังภาพ เบาๆ ทั้งภาพประกอบเรื่องและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

**** หมายเหตุ :** งานของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องมีลายเซ็นอาจารย์ ที่ปรึกษาให้การรับรองว่าได้ตรวจผลงานของนักศึกษาแล้ว ตามแบบฟอร์มแนบท้ายวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association 6th edition) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.apastyle.org/manual/>

การอ้างอิงในเนื้อหา

การอ้างอิงชื่อและนามสกุล (ปี)	
ตัวอย่าง	(สมชาย โอวัฒนาพานิช, 2558).
การอ้างอิงถึงชื่อบุคคล ถ้ามีผู้แต่ง 2 คน ให้ใส่นามสกุลทั้งสอง	
ตัวอย่าง	(วิญญา กมลกร และสันติ กมลกร, 2552).
กรณีอ้างอิงผู้แต่ง 2-7 คนขึ้นไปอ้างอิงเนื้อหาครั้งแรก ต้องใส่ทุกคน ใส่และคนสุดท้าย เช่น คนที่ 1, คนที่ 2, คนที่ 3, คนที่ 4, คนที่ 5, คนที่ 6, และคนที่ 7 ให้ใส่ไม่เกิน 7 คน กรณีมากกว่า 7 คน ให้ลงรายการ 6 คนแรก และชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย เช่น ผู้แต่ง 10 คนให้ลงรายการ คนที่ 1, คนที่ 2, คนที่ 3, คนที่ 4, คนที่ 5, คนที่ 6, และคนที่ 10	
ตัวอย่าง	(ปิยวรรณ แสงสว่าง, วิสุทธิ ตรีเงิน, สุนิตย์ จีระวงศ์, สิริพร หลอดเงิน, ธัญญะพรหมศร, ศึกษา อุ่นเจริญ, และ รมย์มาศ จันทร์ขาว, 2557).

การอ้างอิงเอกสารภาษาอังกฤษในเนื้อหา

รูปแบบ	การอ้างอิงใส่เฉพาะ ชื่อผู้แต่งและ ปี
ตัวอย่าง	...The birthrate among teenagers in Thailand increased from 39.7 to 53.8 per 1,000 teenage women during 1990 to 2013 (Ministry of Public Health, 2015).
รูปแบบ	กรณีอ้างอิงซ้ำและผู้แต่ง 2-7 คน หรือมากกว่าในครั้งต่อ ๆ ไป ให้ระบุเฉพาะชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.” ต่อด้วยปีที่พิมพ์
ตัวอย่าง	... A Thai study revealed that the availability of support is one condition that helps the teenage mothers facing and using appropriate strategies for taking care of their babies (Sriyasak et al., 2013).

การอ้างอิงท้ายบทความ

การอ้างอิงจากหนังสือ	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อเรื่อง.// (ครั้งที่พิมพ์).// เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ .
ตัวอย่าง	เบญจพร ปัญญา. (2553). <i>การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</i> <i>สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2.</i> กรุงเทพฯ: กลุ่มที่ปรึกษาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
	Chirawatkul, S., Rungreangkulkij, S., Jong-Udomkarn, D., Sawangchareon, K., Anusornteerakul, S., Wattananukulkiat, S., . . . Charoenwong, S. (2011). <i>Prevention of and dealing with</i> <i>teenage pregnancy</i> . KhonKaen, Thailand: Centre for Research and Training on Gender and Women's Health, KhonKaen University.
การอ้างอิงจากบทความวารสาร	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), / เลขหน้าแรก-หน้า สุดท้าย.
ตัวอย่าง	วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, วารุณี เกตุอินทร์และอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. (2561) ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. <i>วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์</i> , 10(1), 122-132.
	Sriyasak, A., Almqvist, A-L., Sridawruang, C., & Häggström-Nordin, E. (2015). Father role: A comparison between teenage and adult first-time fathers in Thailand. <i>Nursing & Health Science</i> , 17, 377-386. doi: 10.1111/nhs.12200.
การอ้างอิงจากนิตยสาร หรือหนังสือพิมพ์	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง.// (วัน เดือน ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ชื่อนิตยสาร, ปีที่, / หน้า. กรณีภาษาอังกฤษ ใช้ว่า ปี, เดือน วัน (year, month day) และ p. หรือ pp.
ตัวอย่าง	ส้มโอมีโอ. (มีนาคม 2545). <i>อาหารบำรุงสมอง</i> . Update, 20(210), 37-40.
การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง.// (ปี พ.ศ.).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// ชื่อปริญญา/ชื่อสาขาวิชา, // ชื่อสถาบัน.
ตัวอย่าง	สุดคนึง จินดาวงศ์. (2551). <i>ผลของการนัดเฝ้าต่อความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ</i> <i>การ ผ่าตัดช่องท้อง</i> . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.

	Sriyasak, A. (2016). <i>Becoming a Thai teenage parent</i> . Unpublished Doctoral Dissertation, Mälardalens University, Eskilstuna-Västeras, Sweden.
การเขียนอ้างอิงจากสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่เผยแพร่ทั้งฉบับพิมพ์และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียนบทความ./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]./ชื่อวารสาร./ปีที่ //////// (ฉบับที่)./เลขหน้าที่ปรากฏ. (ใช้คำว่า [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์] สำหรับ เอกสารภาษาไทย และคำว่า [Electronic version] สำหรับเอกสาร ภาษาต่างประเทศ)
ตัวอย่าง	วรรณวดี เนียมสกุล ภิญญารักษ์ บรรเจิดพงษ์ชัย. (2559). การพัฒนารูปแบบการ เรียนการสอนบนคลินิกฝากครรภ์โดยใช้วิธีการเรียนรู้แบบ VARK ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1. [ข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 8(2), 20-36.
	Suwanbamrung, S. (2015). Learning experience of student nurses through reflection on clinical practice: A case study in pediatric nursing, Southern Thailand. [Electronic version]. <i>Walailak Journal of Science and Technology</i> , 12(7), 627-629.
การเขียนอ้างอิงจากสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ บทความที่สืบค้นได้จากวารสารอิเล็กทรอนิกส์	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่ (ฉบับที่)./เลขหน้า-เลขหน้า./ URL ///////////ของวารสาร
ตัวอย่าง	Squires, A. (2008). Language barriers and qualitative nursing research: Methodological considerations. <i>International Nursing Review</i> , 55, 265-273. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/nihms-107214.pdf
การเขียนอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง./ (ปี พ.ศ. ที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สืบค้นเมื่อวัน เดือน ปี./จาก/URL
ตัวอย่าง	ชาญณรงค์ ราชบัวน้อย. ศัพท์บัญญัติการศึกษา. [เว็บบล็อก]. สืบค้น 10 ตุลาคม 2559 จาก http://www.somnor.org/
	World Health Organization. (2016). <i>Fact sheet on adolescent pregnancy</i> . Retrieved October 20, 2016 from, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/ .

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับ พร้อมที่อยู่ที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่

ดร.อัฉรวาดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ journal@pckpb.ac.th

หรือ atcharawadee@pckpb.ac.th โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115 มือถือ 081-7088928

ใบสมัคร

สมาชิกวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล (ตัวบรรจง).....

☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งหนังสือ)

.....

เบอร์โทรศัพท์

มีความประสงค์จะ

☐ สมัครสมาชิกใหม่

☐ ต่ออายุสมาชิก

☐ 1 ปี (3 เล่ม) 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ 2 ปี (6 เล่ม) 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

และได้ชำระค่าสมัครสมาชิกเป็น ☐ เงินสด ☐ ธนาณัติ เลขที่.....

จำนวนเงิน..... บาท (.....) (ตัวอักษร)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : ส่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์เพชรบุรี

ในนาม ดร.อัคราวดี ศรียศศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ 0-3242-7049 – 50 ต่อ 115 มือถือ 08-1708-8928

.....

ใบเสร็จเล่มที่ เลขที่ ลงวันที่.....

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เริ่มจ่าย ฉบับที่...../..... สิ้นสุด...../.....



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

203 หมู่ที่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

Tel: 032-427049 Fax: 032-400573

<http://www.pckpb.ac.th> E-mail: pckcn@pckpb.ac.th

Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province