



โรงพยาบาลสิงห์บุรี
บริการยอดเยี่ยม เปี่ยมด้วยคุณภาพ



SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม 2565 Vol. 31 No. 2 September – December 2565

ISSN 2773-9066 (Online) ISSN 2773-8876 (Print)

บทความวิจัย

- ผลลัพธ์ของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี
- ประสิทธิภาพของยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาอาการปวดเข่าสำหรับผู้มีอาการข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- ผลการใช้ Cannabidiol (CBD) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ณัฐพล เกียรติกิจวานชน

ดิศพล แจ่มจันทร์,
พรณี ปัญชรหัตถกิจ

นันทลัญญ์ จันทอง,
พรณี ปัญชรหัตถกิจ

นิตยา สุวิพันธุ์ และคณะ

- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19)

บำรุง วงษ์นิม

- การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าช้าง

ประหยัด แจ่มแสง

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

จิราภา สุวรรณกิจ

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน

จินตนา บุญพร

- อิทธิพลของความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เจตนา วงษาสูง และคณะ

- ผลของการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

รพีพร นุ่มสารพัฒน์

- การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก

กริช อังวิฑูรสถิตย์

- การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Telehealth: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จริยา สุภรณ์

- ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าหัวใจและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหัวใจประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ

โรงพยาบาลสระบุรี

วศินี เมฆวิฑูร และคณะ

- ความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ให้บริการด้านการแพทย์ในการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID 19)

ณ โรงพยาบาลสมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

สมศรี ปลิวมา,

หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์

- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

อุศิรา กัดจันทน์

วันเพ็ญ ยืนดี

- ผลการรักษาฟันฟุสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4

กระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา

- กรณีศึกษา: การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด

สินี แจ่มกระจำ

- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก: กรณีศึกษา

นนทิษฐ์ สหวิวัฒน์วงศ์

- การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดที่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ

สายชล จินชัยพงษ์

ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา



เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

1. เพื่อเผยแพร่ผ่านวารสารและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็นประโยชน์แก่สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ผลงานวิจัย บทความวิชาการ กรณีศึกษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ในการนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

พว.ทองเปลว ชมจันทร์	APN สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์
พว.ดร.ปราณี มีหาญพงษ์	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
พว.สัญญา โพธิ์งาม	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
ภก.ชัชวาล บุญญฤทธิ์	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
พญ.สุชฎทัย อนะหั่นลิไพบูลย์	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
พญ.สุภาวี แสงบุญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ.ดร.มนพร ขาดีขำนิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
รศ.ดร.วลัยพร นันท์สุภวัฒน์	สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ นักวิชาการอิสระ
อ.ปวีตรศร ช่อมศิลป์	ศูนย์การแปลและบริการทางภาษา
อ.ศศิพร ทองนิล	คณะศิลปศาสตร มหาวิทยาลัยรังสิต
	โรงเรียนเทศบาล ๑ บ้านโคกสำโรง

น.ส.เกรที แจ้งสว่าง	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
นายกิตติพิชญ์ อินวากุล	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
น.ส.กมลวรรณ จันทร์จวนสุข	โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เจ้าของ: โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ระเบียบการ: กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม
- ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม
- ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

สำนักงาน: กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี
917/3 ถนนขุนสรรค์ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
โทร 036 – 511060 ต่อ 5205

พิมพ์ที่ บริษัท บุญยไพศาลการพิมพ์ จำกัด
185/53 หมู่ 7 ตำบลบางมัญ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
โทร.081-9489049 e-mail: pichaib513@gmail.com

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

Singburi Hospital Journal เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ซึ่งบทความจะได้รับการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ (Peer review) 2 ท่าน ด้วยรูปแบบ Double-blinded โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล และหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการลงพิมพ์ โดยให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

1. ประเภทบทความ

บทความวิชาการ (Academic article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ และเอกสารอ้างอิง ไม่ควรเกิน 10 ปี ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10-12 หน้าพิมพ์

บทความวิจัย (Research Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่พบ ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case study)

เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อยและต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือ

การดำเนินโรค (Clinical Course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อย ประกอบด้วย บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ), รายงาน Case, วิจารณ์/อภิปราย, สรุปผลและเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมบทความ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) และชื่อเรื่องภาษาอังกฤษใช้ตัวใหญ่เฉพาะคำแรกหรือชื่อเฉพาะ เช่น สถาบัน

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (ไม่ใช่คำย่อ) และหน่วยงานหรือสถาบัน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.1.3 ชื่อ และที่อยู่ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.4 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ 5 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย บทนำ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Methods) ผลการศึกษา (Result) สรุป (Conclusion) ซึ่งต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก โดยต้องมีอย่างน้อย 3-5 คำ เรียงตาม Alphabet (โดยภาษาไทยเรียงตามภาษาอังกฤษ)

2.4 บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษาให้บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์

2.3 วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร, ตัวแปร, เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ, การรับรองจริยธรรมการวิจัย (ระบุเลขที่รับรอง), การเก็บรวบรวมข้อมูล, ระยะเวลา, การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 ผลการศึกษา (Results)

ต้องสอดคล้องตามวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัยนั้น หากมีตารางแสดงผลการศึกษาให้ใช้เส้นตารางแนวนอน แบบเส้นเดียว ไม่ใช่คำย่อ (กรณีคำย่อให้ใช้คำอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

2.5 อภิปรายและข้อเสนอแนะ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษากับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้วิจัยไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์

2.6 ข้อสรุป (Conclusion)

สรุปผลตามวัตถุประสงค์งานวิจัย

2.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ให้แทรกในเนื้อหาที่กล่าวถึงและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนที่จะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

2.8 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง (ไม่ต้องใส่วงเล็บ) หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1

สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับเนื้อหาที่อ้างอิง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตาม รูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน หรือ 6 คนแรก (สุดแต่คำแนะนำของแต่ละวารสารแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวัตินพงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกตดิพงษ์, ยุติ ตาพิพย์, การสำรวจความครอบคลุม และการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Child-hood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow up.Br J Cancer 1996; 73: 1006-12.

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สมาคม 2538 ; 24 : 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Cancer in South Africa [editorial] S Afr Med J 1994; 84: 15.

3.1.4 บทความในฉบับแรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ. ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 [ฉบับผนวก]: 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรหลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน [บรรณาธิการ]. สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงศ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช: 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman U, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตจรัส, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540: 425-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

3.2.3 รายงานการประชุม สัมมนา ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขและเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่ของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมบีบีทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th

International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editor. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992-p1561-5.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

แนวทางการจัดทำตาราง ดังนี้

- ให้แทรกในเนื้อหาที่กล่าวถึงและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนที่จะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

- หัวคอลัมน์ ให้ใช้คำเต็ม กรณีคำย่อให้ใช้คำอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัวแถว (Row headings) ใช้ตัวหนา

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีสไลด์สีคุณภาพดี หรือ File ภาพ Digital ความละเอียดไม่น้อยกว่า 300 dpi ขนาดภาพไม่น้อยกว่า 800 x 600 pixels

- กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่นต้องขออนุญาตและแสดงความขอบคุณ ซึ่งควรมีการอ้างอิง

5. การส่งต้นฉบับ

5.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ

ด้านบนและซ้ายมือ 3 ซม. และด้านล่างและขวามือ 2.5 ซม. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มุมขวามือ

5.2 ส่งข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์วารสารออนไลน์

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/>
ส่งเป็นไฟล์ Microsoft Word และ PDF พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word 2010 ขึ้นไป ด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว หัวข้อหลักใช้ตัวหนา พร้อมทั้งแจ้งชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ E-mail และที่อยู่ติดต่อกลับให้ครบถ้วนมาที่ E-mail: singhosp-journal@hotmail.com

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการจะใหวารสารผู้พิมพ์จำนวน 2 เล่ม

บทบาทและหน้าที่ของผู้พิมพ์

1. ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบการเตรียมบทความที่วารสารกำหนด

2. ผู้พิมพ์ต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น กรณีทำการศึกษาในคนจะต้องมีหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย

3. ผู้พิมพ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดจากการศึกษาหรือการทำวิจัย โดยไม่บิดเบือนข้อมูล

4. ผู้พิมพ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานนั้นมาใช้ในผลงานของตนเอง

5. ผู้พิมพ์ต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของกองบรรณาธิการและผู้ประเมินบทความ กรณีที่มีเหตุไม่สามารถแก้ไขได้ต้องเขียนคำชี้แจงและเหตุผลส่งมาพร้อมบทความที่แก้ไขแล้ว

6. ผู้พิมพ์ต้องส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับมายุ่งในระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการต้องเป็นผู้พิจารณาคุณภาพของบทความ และต้องให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้นิพนธ์ เพื่อตีพิมพ์บทความตามมาตรฐาน
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมิน ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ และผู้ประเมิน
4. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความ ด้านการคัดลอกผลงานของผู้อื่น
5. บรรณาธิการต้องตัดสินใจเลือกบทความมาตีพิมพ์หลังผ่านกระบวนการประเมินแล้ว โดยพิจารณาจากบทความที่ส่งผลให้มีการพัฒนาทางด้านวิชาการและเป็นบทความที่มีความสำคัญ

ชัดเจน เชื่อถือได้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทความ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความตามหลักวิชาการของบทความ โดยไม่ใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
2. ผู้ประเมินบทความความประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์
4. ผู้ประเมินบทความต้องไม่นำบทความที่ประเมินไปใช้ให้เกิดประโยชน์ส่วนตน
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL
ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	ก
• ผลลัพธ์ของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ณัฐพล เกียรติกิจวานิช	1-13
• ประสิทธิภาพของยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมี อาการข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ดิศพล แจ่มจันทร์, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ	14-28
• ผลการใช้ Cannabidiol (CBD) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ นันทลัญญ์ จันทอง, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ	29-39
• การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นิตยา ภูริพันธุ์ และคณะ	40-53
• การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง บำรุง วงษ์นิ่ม	54-67
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ประหยัด แจ่มแสง	68-80
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน จิราภา สุวรรณกิจ	81-94
• อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จินตนา บุญพร	95-105
• ผลของการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลต่อความสามารถในการดูแล ตนเองหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เจตนา วงษาสูง และคณะ	106-117
• การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำ บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก รำพึง นุ่มสารพัดนึก	118-130

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL
ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม 2565

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Telehealth: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ กริช อึ้งวิฑูรสถิตย์	131-141
● ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมใต้กระเบนเหน็บ โรงพยาบาลสระบุรี จริยา ศุภรพันธ์	142-152
● ความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ให้บริการด้านการแพทย์ในการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ณ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี วศินี เมฆวิฑูร และคณะ	153-164
● การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร สมศรี ปลิวมา, หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์	165-179
● ผลการรักษาฟันฟุสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก อุศิรา กลัดจำนงค์	180-192
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข วันเพ็ญ ยินดี	193-205
● กรณีศึกษา: การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด สินี แจ่มกระจ่าง	206-215
● การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก: กรณีศึกษา นนทิวัชร สิทธิวิวัฒน์วงศ์	216-230
● การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา สายชล ชินชัยพงษ์	231-240

บรรณาธิการแถลง

Singburi Hospital Journal ฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในวารสาร Singburi Hospital Journal และคณะบรรณาธิการ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้จัดพิมพ์ Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 ก.ย. – ธ.ค. 2565 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณา เพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

แพทย์หญิงปวีตรา วาสุเทพรังสรรค์

บรรณาธิการ

ผลลัพธ์ของการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ณัฐพล เกียรติกิจวานชน, พบ.*

Received: 15 ส.ค.65

Revised: 25 ต.ค.65

Accepted: 1 พ.ย.65

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาดูผลสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปิดหลอดเลือดหัวใจสำเร็จด้วยวิธี pharmacoinvasive strategy โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ในผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบ retrospective descriptive study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 จำนวน 163 ราย โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานและการรักษาในแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยสถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบหลายตัวแปรด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาเมื่ออายุเฉลี่ย 60 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 72.4 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหัวใจเสร็จ (door-to-ECG time) เฉลี่ย 8 นาที หลังจากถึงโรงพยาบาล เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (door-to-drug time) เฉลี่ย 70 นาที หลังจากถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอกถึงเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (total ischemic time) เฉลี่ย 325 นาที ผลลัพธ์หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดมีจำนวนผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจเปิด 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการเปิดของหลอดเลือดหัวใจหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกถึงให้ยาละลายลิ่มเลือดอยู่ภายใน 180 นาที ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยกลุ่มที่หลอดเลือดหัวใจไม่เปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

สรุป: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรีด้วยวิธี pharmacoinvasive strategy ช่วงปีพ.ศ. 2560-2564 มีอัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 76.7 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอกถึงให้ยาละลายลิ่มเลือดอยู่ภายใน 180 นาที มีโอกาสที่หลอดเลือดหัวใจจะเปิดสูง

คำสำคัญ: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น, การเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด, ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอกถึงเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด

Outcome of pharmacoinvasive strategy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction in Singburi hospital

Natthapol Kiatkangwanchon, M.D.*

Abstract

Introduction: ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) is a leading cause of death in Thailand. In 2019, STEMI was the third cause of death in Singburi Hospital. This study aimed to investigate the outcome and associated factors of the successful therapy of the pharmacoinvasive strategy in patients with STEMI.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted in 163 patients who were hospitalized at Singburi Hospital from 2017 to 2021. Baseline characteristics were reviewed from the medical record. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Multiple logistic regression analysis was performed to find the correlation between associated factors and the outcome of the treatment. A significant level of 0.05 was used for all analyses and 95% confidence intervals were carried out.

Results: The mean age was 60 years old,. 72.4 % of the patients were males, and the mean door-to-ECG time was 8 minutes. The mean door-to-drug time was 70 minutes. The mean total ischemic time was 325 minutes. The reperfusion therapy was successful in 125 patients (76.7%).

The result of the multiple logistic regression analysis revealed that the statistical significance between associated factors and the successful reperfusion therapy was the total ischemic time of less than 180 mins while associated factors of the failed fibrinolysis therapy was fasting blood sugar (FBS) > 126 mg/dL.

Conclusion: The pharmacoinvasive strategy employed at Singburi Hospital had a success rate of 76.7%, especially when the total ischemic time was less than 180 minutes.

Keywords: Pharmacoinvasive strategy, ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), Total ischemic time

*Medicine department, Singburi hospital

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับๆ ของประเทศไทย โดยจากการจัดทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วย Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR ครั้งที่ 1) จัดทำโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล 17 แห่งในประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วย 3,973 ราย พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 171 อัตราตายต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ.2559 -2563 ของเขตสุขภาพที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุดจากเขตสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2562 โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี

จากแนวเวชปฏิบัติภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 ของประเทศไทย การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (reperfusion therapy) ของผู้ป่วย STEMI มี 2 วิธีหลักคือ 1) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนทันที (primary percutaneous coronary intervention (PCI) strategy) โดยเลือกทำในโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้หรือระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ PCI น้อยกว่า 120 นาที 2)การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (pharmacoinvasive strategy) โดยเลือกทำในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ PCI ได้และระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ PCI มากกว่า 120 นาที โดยจะให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนและส่งไปทำ PCI ภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (routine PCI)² แต่กรณีที่หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้ว หากหลอดเลือดหัวใจไม่เปิด ซึ่งประเมินจากอาการแน่นหน้าอกที่ไม่ลดลง หรือมีการลดลงของ ST segment ช่องที่ยกสูงที่สุดน้อยกว่า 50% จากคลื่นไฟฟ้าหัวใจเริ่มต้น ภายใน 90 นาที หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วย PCI

หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ทันที (rescue PCI)

จากการรวบรวมข้อมูลการศึกษาของ Armstrong PW และคณะ พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่ 30 วันของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเปรียบเทียบกับ primary PCI พบว่าไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยที่มารพ.หลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 3 ชั่วโมง³

เนื่องด้วยโรงพยาบาลสิงห์บุรียังไม่สามารถทำ PCI ได้ และระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ PCI มากกว่า 120 นาที จึงใช้แนวทางรักษา STEMI ด้วยวิธี pharmacoinvasive strategy โดยใช้ยา streptokinase ซึ่งจากการศึกษาของวีรชัย ตริวัฒน์วงศ์ พบว่าผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่ได้รับยา streptokinase เปิดเส้นเลือดได้ร้อยละ 54.81 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 19.42⁵

ที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลการรักษาและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาดูผลสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเปิดหลอดเลือดหัวใจสำเร็จด้วยวิธี pharmacoinvasive strategy ในผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งหากพบว่าอัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา จะได้นำข้อมูลมาพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น หรือในอนาคตหากมีโรงพยาบาลใกล้เคียงสามารถขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนได้ อาจพิจารณาติดต่อประสานงานเพื่อเปลี่ยนแนวทางการรักษาเป็น primary PCI strategy แทนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปิดหลอดเลือดหัวใจสำเร็จโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังด้วยการทบทวนเวชระเบียนเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (มีรหัสการวินิจฉัยโรคด้วยระบบ The International Classification of Diseases (ICD-10) I21.3) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ช่วงปี พ.ศ. 2560-2564

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 18 ปี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น และรักษาหรือส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรีโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะที่ห้ามให้หรือไม่ควรให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดย ช่วงปี พ.ศ.2560-2562 อ้างอิงจาก 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation และช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 อ้างอิงจาก

แนวเวชปฏิบัติภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 ของประเทศไทย

3. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่หรือมีภาวะช็อกจากโรคหัวใจ (Cardiogenic shock)

จากการทบทวนวรรณกรรมของวีรชัย ตรีวัฒนวงศ์ ได้นำค่าสัดส่วนผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น มีการเปิดหลอดเลือดหัวใจ หลังจากรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด พบว่ามีค่าสัดส่วนอยู่ที่ 0.5481 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้จะใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{e^2}$$

n คือ ขนาดประชากรตัวอย่าง

Z_{α} คือ ค่าคะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนดให้ระดับนัยสำคัญเท่ากับ α

P คือ ค่าสัดส่วนที่เราสนใจจะประเมินโดยปกติคือค่า

$$\frac{\text{จำนวนการเกิดขึ้นของเหตุการณ์ที่เราสนใจ}}{\text{จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานั้น}}$$

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรกับค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ในการศึกษานี้

จากการแทนค่าตัวแปรโดยคือ Z_{α} ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คือ 1.96, P คือ 0.5481, e คือ 0.10 เมื่อแทนค่าตัวแปรทั้งหมดจะพบว่า วิจัยในครั้งนี้จะต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 95.15 คน หรือ 96 คน ซึ่งมีประชากรที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 221 คน ตรงกับเกณฑ์การคัดออกทั้งหมด 58 คน เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 163 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรม และโครงงานวิจัย
2. เตรียมเครื่องมือและกำหนดตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3. รวบรวมรายชื่อและเลขทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560 จนถึง 31 ธันวาคม 2564 จะหาจากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลสิงห์บุรีซึ่งได้บันทึกไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ โดยการค้นจากระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกรายที่มีการวินิจฉัยด้วยรหัสตาม The International Classification of Diseases (ICD10) I21.3

4. นำเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้แยกเวชระเบียนที่ตรงกับเกณฑ์การคัดออกออกไป

5. นำเวชระเบียนที่ผ่านการคัดเลือกเก็บข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ อายุ, เพศ, สิทธิการรักษา, โรคประจำตัว, ประวัติการสูบบุหรี่, ระยะเวลาที่มีอาการเจ็บหน้าอกก่อนที่เข้าจะรับการรักษา (นาที), โรงพยาบาลที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด, ระยะเวลาที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเสร็จหลังจากถึงโรงพยาบาล (นาที), ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังจากถึงโรงพยาบาล (นาที), ระยะเวลาที่มีอาการเจ็บหน้าอกถึงให้ยาละลายลิ่มเลือด (นาที), ลักษณะความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG), ประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Killip classification), ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท), อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที), ค่าเอ็นไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ (พีโคกรัมต่อมิลลิลิตร), ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร), ไชมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร), อัตราการกรองของไต (มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร), การลดลงของ ST segment ที่ยกสูงที่สุดมากกว่า 50% จากเริ่มต้นหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด, อาการแน่นหน้าอกลดลงหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด, การเปิดหลอดเลือดหัวใจหลังจากให้

ยาละลายลิ่มเลือด, ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด, การเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะใช้ผลของการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามคำถามของการวิจัยและสรุปผลการวิจัยตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะถูกบันทึกลงในแบบบันทึกการเก็บข้อมูล (case record form) โดยข้อมูลของผู้ป่วยจะนำมาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 16 รายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดของหลอดเลือดหัวใจและการเสียชีวิต

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติสำหรับตัวแปรชนิดต่อเนื่องผู้วิจัยจะใช้ Independent Student's t test หรือ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย

2.2 หากปัจจัยใดมีค่า $p\text{-value} < 0.05$ จะนำไปวิเคราะห์ multivariate analysis ด้วย logistic regression analysis

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ที่เข้าร่วมการศึกษา 163 ราย มีอายุเฉลี่ย 60 ปี เป็นเพศชาย

118 ราย (72.4%) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 104 ราย (63.8%) ระบบจ่ายตรง 35 ราย (21.5%) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 80 ราย (49.1%) ไขมันในเลือดสูง 54 ราย (33.1%) เบาหวาน 50 ราย (30.7%) มีประวัติสูบบุหรี่ 78 ราย (47.9%) หัวใจขาดเลือดชนิด anterior wall 70 ราย (42.9%) inferior wall 81 ราย (49.7%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ใน Killip classification I 89 ราย (54.6%) ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกก่อนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 225 นาที เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี 114 ราย (70%) เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลชุมชน 49 ราย (30%) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเสร็จ (door-to-ECG time) เฉลี่ย 8 นาที หลังจากถึงโรงพยาบาล ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเสร็จภายใน 10 นาทีหลังจากถึงโรงพยาบาล 139 ราย (85.3%) เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดเฉลี่ย 70 นาทีหลังจากถึงโรงพยาบาล (door-to-drug time) เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 30 นาทีหลังจากถึงโรงพยาบาล 47 ราย (28.8%) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอกถึงเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (total ischemic time) เฉลี่ย 325 นาที ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอกถึงเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดอยู่ภายใน 180 นาที 89 ราย (54.6%) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar-FBS) เฉลี่ยสูงกว่าปกติคือเท่ากับ 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein-LDL) เฉลี่ย 132 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate-GFR) เฉลี่ย 77 มิลลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ค่าเอ็นไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ hs-Troponin T เฉลี่ย 622.7 พิโคกรัมต่อมิลลิตร รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธี pharmacoinvasive strategy โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น 163 ราย พบว่าหลอดเลือดหัวใจเปิด (successful

reperfusion therapy) คือมีการลดลงของ ST segment ช่องที่ยกสูงที่สุดมากกว่า 50% และอาการแน่นหน้าอกลดลงภายใน 90 นาทีหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด 125 ราย (76.7%) อาการแน่นหน้าอกลดลง 140 ราย (85.9%) การลดลงของ ST segment ช่องที่ยกสูงที่สุดมากกว่า 50% ภายใน 90 นาทีหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด 126 ราย (77.3%) โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 8 ราย (4.9%) ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ เลือดออกในสมอง 2 ราย (0.012%) เลือดออกในทางเดินอาหาร 4 ราย (0.024%) ดังแสดงในตารางที่ 2

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยกลุ่มที่เส้นเลือดเปิดหลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด มีลักษณะตำแหน่งของผนังกล้ามเนื้อของหัวใจขาดเลือด แตกต่างจากกลุ่มที่หลอดเลือดหัวใจไม่เปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่หลอดเลือดหัวใจไม่เปิด มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเอ็นไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ hs-troponin T มากกว่า 100 พิโคกรัมต่อมิลลิตร แตกต่างจากกลุ่มที่หลอดเลือดหัวใจเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) จากตารางที่ 4 พบว่า Killip classification ที่แตกต่างกัน ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัตราการกรองของไตที่น้อยกว่า 60 มิลลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ส่งผลถึงความรุนแรงและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าอัตราส่วนโอกาส (odds ratio ; 95% confidence interval ; p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอกถึงให้ยาละลายลิ่มเลือดอยู่ภายใน 180 นาที (adjusted OR 4.920; 95% CI 1.315-18.411; p -value 0.018) และระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (adjusted OR 0.062; 95% CI 0.007-0.530; p -value 0.011)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานประชากร ลักษณะทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ที่เข้าร่วมการศึกษา

Baseline characteristics	Patients with STEMI (n = 163)
Age, mean $\pm$ SD	60.6 $\pm$ 11.4
Male, n (%)	118 (72.4)
Healthcare right, n (%)	
Universal Coverage Scheme	104 (63.8)
Government	35 (21.5)
Comorbidities, n (%)	
Hypertension	80 (49.1)
Dyslipidemia	54 (33.1)
Diabetes mellitus	50 (30.7)
Smoking, n (%)	78 (47.9)
Site of infarction, n (%)	
Anterior wall	70 (42.9)
Inferior wall	81 (49.7)
Lateral wall	1 (0.6)
Anterolateral wall	10 (6.1)
Systolic blood pressure (mmHg), mean $\pm$ SD	135.1 $\pm$ 34.2
Heart rate (bpm), mean $\pm$ SD	79.3 $\pm$ 21.4
Killip Classification, n (%)	
Class I	89 (54.6)
Class II	27 (16.6)
Class III	17 (10.4)
Class IV	30 (18.4)
Duration of chest pain (minutes), mean $\pm$ SD	255.1 $\pm$ 538.5
Fibrinolytic drug injection hospital, n (%)	
Singburi hospital	114 (70.0)
Community Hospital	49 (30.0)
Door to ECG time	
Minutes, mean $\pm$ SD	8.2 $\pm$ 18.7
$\leq$ 10 mins, n (%)	139 (85.3)
Door to drug time	
Minutes, mean $\pm$ SD	70.1 $\pm$ 81.8
Total ischemic time	
Minutes, mean $\pm$ SD	325.2 $\pm$ 549.1
$\leq$ 180 mins, n (%)	89 (54.6)
$\leq$ 30 mins, n (%)	47 (28.9)

bpm=beats per minute, FBS=fasting blood sugar, LDL=low density lipoprotein, GFR=glomerular filtration rate, ECG=electrocardiogram, hs=high sensitive

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลพื้นฐานประชากร ลักษณะทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ที่เข้าร่วมการศึกษา

Baseline characteristics	Patients with STEMI (n = 163)
Laboratory tests, mean $\pm$ SD	
FBS (mg/dl)	159.9 $\pm$ 91.4
LDL (mg/dl)	131.9 $\pm$ 47.5
GFR (ml/min/1.73m ²)	76.9 $\pm$ 24.1
hs-Troponin T (pg/ml)	622.7 $\pm$ 1794.4

bpm=beats per minute, FBS=fasting blood sugar, LDL=low density lipoprotein, GFR=glomerular filtration rate, ECG=electrocardiogram, hs=high sensitive

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนของการรักษาหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด

Outcome	N	%
Successful reperfusion therapy	125	76.7
Decrease chest pain symptom	140	85.9
ECG ST segment decrease >50%	126	77.3
Death	8	4.9
Complication		
Intracerebral hemorrhage	2	0.012
Gastrointestinal bleeding	4	0.024
Hematuria	2	0.012
Bleeding per gum	3	0.018

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่เส้นเลือดเปิดกับไม่เปิด หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด

Baseline characteristics	Successful reperfusion therapy, n (%)		p-value
	Yes	No	
Age, mean $\pm$ SD	60.03 $\pm$ 11.61	62.5 $\pm$ 10.63	0.244
Male	90 (72.0)	28 (73.7)	0.839
Comorbidities			
Hypertension	57 (45.6)	23 (60.5)	0.107
Dyslipidemia	41 (32.8)	13 (34.2)	0.871
Diabetes mellitus	39 (31.2)	11 (28.9)	0.792
Smoking	64 (51.2)	14 (36.8)	0.121
Site of infarction			
Anterior wall	47 (37.6)	23 (60.5)	0.033
Inferior wall	69 (55.2)	12 (31.6)	
Lateral wall	1 (0.8)	0 (0.0)	
Anterolateral wall	8 (6.4)	2 (5.3)	
Systolic blood pressure < 110 mmHg	27 (21.6)	8 (21.1)	0.943
Heart rate < 60 bpm	28 (22.4)	7 (18.4)	0.601

ตารางที่ 3 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่เส้นเลือดเปิดกับไม่เปิด หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือด

Baseline characteristics	Successful reperfusion therapy, n (%)		p-value
	Yes	No	
Killip Classification			
Class I	73 (58.4)	16 (42.1)	0.090
Class II	20 (16.0)	7 (18.4)	
Class III	14 (11.2)	3 (7.9)	
Class IV	18 (14.4)	12 (31.6)	
Door to ECG time $\leq$ 10 mins	109 (87.2)	30 (78.9)	0.209
Door to drug time $\leq$ 30 mins	38 (30.4)	9 (23.7)	0.424
Total ischemic time $\leq$ 180 mins	81 (64.8)	8 (21.1)	<0.001
FBS $\geq$ 126 mg/dl	42 (47.2)	16 (94.1)	<0.001
LDL $\geq$ 100 mg/dl	66 (78.6)	10 (66.7)	0.243
GFR $<$ 60 ml/min/1.73m ²	30 (24.2)	9 (24.3)	0.987
hs-troponin T $\geq$ 100 pg/ml	45 (36.0)	21 (56.8)	0.024

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต

Baseline characteristics	Patients with STEMI, n (%)		p-value
	Death	Survive	
Age, mean $\pm$ SD	66.75 $\pm$ 13.15	60.29 $\pm$ 11.26	0.119
Male	5 (62.5)	113 (72.9)	0.686
Comorbidities			
Hypertension	5 (62.5)	75 (48.4)	0.339
Dyslipidemia	4 (50.0)	50 (32.3)	0.250
Diabetes mellitus	3 (37.5)	47 (30.3)	0.467
Smoking	2 (25.0)	76 (49.0)	0.168
Site of infarction			
Anterior wall	3 (37.5)	67 (43.2)	0.917
Inferior wall	5 (62.5)	76 (49.0)	
Lateral wall	0 (0.0)	1 (0.6)	
Anterolateral wall	0 (0.0)	10 (6.5)	
Systolic blood pressure $<$ 110 mmHg	2 (25.0)	33 (21.3)	0.803
Heart rate $<$ 60 bpm	1 (12.5)	34 (21.9)	0.526
Killip Classification			
Class I	3 (37.5)	86 (55.5)	0.009
Class II	0 (0.0)	27 (17.4)	
Class III	0 (0.0)	17 (11.0)	
Class IV	5 (62.5)	25 (16.1)	

ตารางที่ 4 (ต่อ) เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต

Baseline characteristics	Patients with STEMI, n (%)		p-value
	Death	Survive	
Door to ECG time $\leq$ 10 mins	8 (100.0)	131 (84.5)	0.228
Door to drug time $\leq$ 30 mins	2 (25.0)	45 (29.0)	0.806
Total ischemic time $\leq$ 180 mins	2 (25.0)	87 (56.1)	0.085
FBS $\geq$ 126 mg/dl	5 (100.0)	53 (52.5)	0.045
LDL $\geq$ 100 mg/dl	4 (80.0)	72 (76.6)	0.671
GFR $<$ 60 mL/min/1.73m ²	4 (57.1)	35 (22.7)	0.038
hs-troponin T $\geq$ 100 pg/ml	4 (57.1)	62 (40.0)	0.301

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลการเปิดหลอดเลือดหัวใจสำเร็จหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยการวิเคราะห์ logistic regression analysis

Factor	Crude OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
Site of infarction						
Anterior wall	-	-	-	-	-	-
Inferior wall	2.814	1.277-6.202	0.010	1.666	0.438-6.336	0.454
Lateral wall	0.000	-	1.000	0.000	-	1.000
Anterolateral wall	1.957	0.384-9.968	0.419	0.000	-	0.999
Total ischemic time $\leq$ 180 mins						
No	-	-	-	-	-	-
Yes	6.903	2.916-16.346	<0.001	4.920	1.315-18.411	0.018
FBS $\geq$ 126 mg/dl						
No	-	-	-	-	-	-
Yes	0.056	0.007-0.439	0.006	0.062	0.007-0.530	0.011
hs-troponin T $\geq$ 100 pg/ml						
No	-	-	-	-	-	-
Yes	0.429	0.203-0.904	0.026	0.635	0.176-2.282	0.486

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น 221 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษาทั้งสิ้น 163 ราย พบว่าหลอดเลือดหัวใจเปิดหลังจากรักษาด้วย pharmacoinvasive strategy โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase

125 ราย คิดเป็น 76.7% ซึ่งมากกว่ากับผลการศึกษาที่ผ่านมาเล็กน้อย⁴⁵ ถึงการเปิดของหลอดเลือดหัวใจหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ประมาณ 59-73% และถึงแม้ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 จะมีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส-2019 ซึ่งทำให้การประสานส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธี primary PCI มีขั้นตอนเพิ่มขึ้นหรือเกิดความล่าช้า

แต่ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดก็ยิ่งให้ผลลัพธ์ค่อนข้างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁶ ทั้งในแง่ผลลัพธ์การเปิดหลอดเลือดหัวใจได้สำเร็จและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อย โดยการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังจากเริ่มมีอาการแน่นหน้าอกอยู่ใน 180 นาที เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีโอกาสที่หลอดเลือดหัวใจจะเปิดหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการแน่นหน้าอกก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดนานกว่า 180 นาที 4.92 เท่า (adjusted OR 4.920; 95% CI 1.315- 18.411; *p*-value 0.018) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Armstrong, PW. และคณะ³ เนื่องจากการที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วจะสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากขึ้นซึ่งจะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจเปิดเป็น 0.062 เท่าของผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีโรคประจำตัวเบาหวานอยู่แล้ว 58% ซึ่งที่เหลือน่าจะมีโรคประจำตัวเบาหวานมาก่อนแต่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนหรือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากเหตุอื่นๆ นอกจากโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{6,7} ผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตมีแนวโน้มที่จะจัดอยู่ใน Killip classification IV มากกว่าอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hashmi, KA. และคณะ⁸ และพบผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตที่น้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตรในกลุ่มที่เสียชีวิตมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Xie, W. และคณะ⁹ ดังนั้นจากผลการศึกษาที่กล่าวข้างต้นหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น และไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดจึงควรจะได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด

เพื่อโอกาสที่จะเปิดหลอดเลือดหัวใจได้สำเร็จนั้น มีสูงหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 180 นาที หลังจากเริ่มมีอาการแน่นหน้าอก แต่จากเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยเพียง 54.6% ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 180 นาทีหลังจากเริ่มมีอาการแน่นหน้าอก ซึ่งสาเหตุที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดช้าอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ผู้ป่วยรอสังเกตอาการก่อนมาโรงพยาบาลนาน อาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน ผู้ป่วยหรือญาติใช้เวลาตัดสินใจนานก่อนจะรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ให้การวินิจฉัยโรคได้ไม่ชัดเจน การเตรียมให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ซึ่งจากการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (door-to-drug time) เฉลี่ยคือ 70 นาที หลังจากผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยจากการรวบรวมข้อมูลของ Thai ACS registry¹ ที่พบว่า door-to-drug time เฉลี่ยเท่ากับ 85 นาที ซึ่งนานกว่ามาตรฐานสากลคือภายใน 30 นาที¹⁰ ดังนั้นการพัฒนาประสิทธิภาพขั้นตอนการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดระยะเวลาก่อนได้ยาละลายลิ่มเลือดจึงเป็นปัจจัยหลักในการพัฒนาการรักษาผู้ป่วย STEMI ด้วยยาละลายลิ่มเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantisiriwat W. และคณะในโรงพยาบาลชลบุรีที่พบว่า หลังจากมีการนำระบบ fast track มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย STEMI พบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและย่นเวลาการรอรับการรักษาเปิดหลอดเลือดหัวใจทั้งด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการใส่ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ¹¹ ดังนั้นควรมีปรับแนวทาง การรักษาหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรกสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการเปิดของหลอดเลือดหัวใจโดยรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มอัตราการเปิดของหลอดเลือดหัวใจและลดอัตราการเสียชีวิต

ของผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ข้อจำกัดทางการศึกษา

1. การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลว่าการที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดช้ากว่า 30 นาทีหลังจากถึงโรงพยาบาลนั้นเกิดจากสาเหตุใด
2. การศึกษานี้ไม่ได้ติดตามผลการสวนหัวใจของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาเสร็จสิ้นและออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว
3. การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยอาจจะทำให้พบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่ทราบโรคประจำตัวมาก่อน

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective study) เนื่องจากจะสามารถเก็บข้อมูลต่างๆที่ยังไม่ครบถ้วนได้ เช่น ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ การติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรีด้วยวิธี pharmacoinvasive strategy มีอัตราการเปิดของหลอดเลือดหัวใจสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 76.7 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการแน่นหน้าอกถึงเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดอยู่ภายใน 180 นาที มีโอกาสที่หลอดเลือดหัวใจจะเปิดสูงและปัจจัยเสี่ยงที่พบในกลุ่มผู้ป่วยที่หลอดเลือดหัวใจไม่เปิดหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าและพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่ให้คำแนะนำและมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S, Boonsom W, Veerakul G, Tresukosol D, et al. Demographic, management practices and in-hospital outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR): the difference from the Western world. Journal of the Medical Association of Thailand 2007; 90 Suppl 1:1-11.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์มันชนาการหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข. แนวเวชปฏิบัติภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 (Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020). สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์; 2563
3. Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Danays T, Lambert Y, Sulimov V, Rosell Ortiz F, Ostojic M, Welsh RC, Carvalho AC, Nanas J, Arntz HR, Halvorsen S, Huber K, Grajek S, Fresco C, Bluhmki E, Regelin A, Vandenberghe K, Bogaerts K, Van de Werf F; STREAM Investigative Team. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med. 2013 Apr 11;368(15):1379-87.
4. Bouhajja B, Souissi S, Ghazali H, Yahmadi A, Mougaida M, Laamouri N, et al. [Evaluation of fibrinolysis with streptokinase in ST-elevation myocardial infarction admitted to emergency department]. Tunis Med. 2014;92(2):147-53.

5. วีรชัย ตริวัฒนาวงศ์. ปัจจัยที่มีผลกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;12(3):136-148
6. Wang N, Zhang M, Su H, Huang Z, Lin Y, Zhang M. Fibrinolysis is a reasonable alternative for STEMI care during the COVID-19 pandemic. *J Int Med Res.* 2020;48(10):30.
7. Masoomi M, Samadi S, Sheikvatan M. Thrombolytic effect of streptokinase infusion assessed by ST-segment resolution between diabetic and non-diabetic myocardial infarction patients. *Cardiology Journal.* 2012;19(2):168-173.
8. Hashmi KA, Adnan F, Ahmed O, et al. Risk Assessment of Patients After ST-Segment Elevation Myocardial Infarction by Killip Classification: An Institutional Experience. *Cureus.* 2020;12(12):e12209.
9. Xie W, Patel A, Boersma E et al. Chronic kidney disease and the outcomes of fibrinolysis for ST-segment elevation myocardial infarction: A real-world study. *PLoS One.* 2021;16(1):e0245576.
10. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2018;39(2):119-77.
11. Tantisiriwat W, Jiar W, Ngamkasem H, Tantisiriwat S. Clinical outcomes of fast track managed care system for acute ST elevation myocardial infarction (STEMI) patients: Chonburi Hospital experience. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2008;91:6:822-7.

ประสิทธิผลของยาพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า สำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ดิสพล แจ่มจันทร์, ส.ม.*

พรรณี ปัญชรหัตถกิจ, ส.ด.**

Received: 23 ส.ค.65

Revised: 29 ก.ย.65

Accepted: 1 ต.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคข้อเข่าเสื่อม เป็น ปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและหากปล่อยไปจะเกิดข้อพิการ จนไปสู่การทรงตัวไม่ได้ ยาพอกเข้าสมุนไพรสามารถลดอาการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาพอกเข้าสมุนไพร ต่อระดับความปวดและความผิดปกติของข้อเข่า ตลอดจนความสามารถในการทำงานของข้อเข่า และความรู้และการป้องกันอาการข้อเข่าเสื่อม ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลต่อไป

วิธีการวิจัย: การศึกษานี้เป็นทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและสังเคราะห์ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม โดยมี ขั้นตอนในการศึกษาตามแนวทางของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ ได้แก่ 1.กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน 2.ใช้หลักการคัดเลือกงานวิจัย PICOS โดย Population: ผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม, Intervention: ยาพอกเข้าสมุนไพร, Comparisons: ผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อมที่ใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรกับไม่ใช้ยาพอกเข้าสมุนไพร, Outcome: ผลจากการใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรในผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม, Study design: ไม่จำกัดรูปแบบการวิจัย 3.การคัดเลือกบทความวิจัย โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก 4.การสกัดข้อมูล 5.การประเมินคุณภาพบทความวิจัย

ผลการวิจัย: จากการสืบค้นมีบทความทั้งหมด มีงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือก 13 เรื่อง ที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของยาพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผลจากการใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม นั้นพบว่ามีประสิทธิภาพ โดยจากก่อนใช้นั้นผู้ป่วยจะมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นการปวดเข่าที่รุนแรง เมื่อได้รับการพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าแล้วพบว่าความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงและระดับความรู้สึกรวดของข้อเข่าหลังการพอกยาสมุนไพรมีระดับความรู้สึกรวดถึงอาการปวดลดลง อาการข้อเข่าเสื่อมลดลงและมีความรู้และการป้องกันอาการข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ: สูตรยาพอกเข้าสมุนไพรมีหลายสูตรให้ผลการรักษาได้ผลไม่ต่างกันและสามารถใช้ประคบภายหลังร่วมกับการนวดกดจุดได้ จึงควรสนับสนุนการพอกเข้าสมุนไพรให้เป็นอีกทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าเสื่อม

คำสำคัญ: ยาพอกเข้าสมุนไพร, ข้อเข่าเสื่อม, แพทย์แผนไทย

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนบท อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Effectiveness of Herbal Poultices for Relieving Knee Pain in Patients with Osteoarthritis: A Systematic Review

Dissapol Chamchan, M.P.H.*

Pannee Banchonhattakit, Dr.PH.**

Abstract

Introduction: Osteoarthritis is a very important health problem among those entering old age, leaving it unattended will lead to disabilities and balance problems. Herbal knee masks can reduce pain in knee joints, enabling patients to help themselves.

Objective: To study the effectiveness of herbal knee mask on the degree of pain and stiffness of the knee joint as well as the ability to use the knee joint and research knowledge about the prevention of osteoarthritis to improve the living quality of patients and their relatives and caregivers.

Methods: This study is a systematic review of literature and a synthesis of research findings on the efficacy of herbal knee masks for relieving knee pain in patients with osteoarthritis. The study followed the methodology suggested by the Joanna Briggs Institute as follows: 1. Defining a topic for the review; 2. Using PICOS principle where Population was patients with osteoarthritis, Intervention was herbal knee mask, Comparison was patients with osteoarthritis using and not using herbal knee masks, Outcome was effects of using herbal knee masks in patients with osteoarthritis, and Study design was no limitation on research designs; 3. Selection of research articles by using the inclusion and exclusion criteria; 4. Data extraction; and 5. Quality assessment of research articles.

Research results: From the review of all articles, there were 13 selected studies that correlated with the effectiveness of herbal knee poultices for relieving knee pain in patients with osteoarthritis. Herbal knee masks were found to effectively relieve knee pain before using them, they had severe knee pain. After using the herbal knee wrap, the severity of osteoarthritis reduced and the degree of pain also reduced. Joint stiffness reduced. Their knowledge and prevention of osteoarthritis symptoms increased.

Recommendations: There are several herbal knee mask recipes that provide different treatment results and can be used in combination with reflexology. Therefore, herbal knee wraps should be encouraged as an alternative to treat patients with osteoarthritis pain.

Keywords: Herbal knee poultice, Osteoarthritis, Thai traditional medicine

*Chonsomboon Health Promoting Hospital Nongmuang District Lopburi Province

**Faculty of Public Health, Walaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศ โดยพบว่า เพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน Estrogen และมีโอกาสเสี่ยงเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าเพศชาย พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ มีอาการปวดเข่าที่รุนแรงขึ้นจนรู้สึกว้าว้าว และหากปล่อยไปจะเกิดข้อพิการ ข้อเข่าโก่ง จนนำไปสู่การทรงตัวไม่ได้ส่งผลผู้ป่วยต้องมียาอยู่อย่างไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพ หรือการใช้ชีวิตประจำวัน

เมื่อปี พ.ศ.2563 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนเป็น 570 ล้านคน โดยเฉพาะ “โรคข้อเสื่อม” สำหรับประเทศไทย จากสถิติในปีเดียวกัน มีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคนโดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า ซึ่งข้อเข่าเสื่อมสภาพและหลุดลอก ทำให้เกิดอาการข้อเข่าอักเสบ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ภาวะนี้จะรุนแรงขึ้นจนกระดูกผิวข้อหลุดตัว แนวกระดูกขาโก่งหรือเก็ดรูป ซึ่งอาจทำให้ทุพพลภาพจนไม่สามารถเดินได้ตามปกติ ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคนี้มากมายหลายวิธีได้แก่การฝึกกล้ามเนื้อ การงดการงอเข่ามาก ๆ การให้ยาลดอาการปวดอักเสบ การให้ยากลุ่มสารธรรมชาติ ที่มีองค์ประกอบของกระดูกอ่อน การฉีดยาเข้าข้อการส่องกล้องล้างข้อเข่าไปจนถึงการผ่าตัดจัดกระดูกและการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กระบวนการรักษาเหล่านี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เช่น การเปลี่ยนข้อเข่าเทียมปฐมภูมิในโรงพยาบาลรัฐมีค่าใช้จ่ายประมาณ 1 แสนบาทต่อราย การใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรซึ่งเป็นการรักษาด้วยแนวทางของแพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือ

ตนเองได้ ลดภาระของผู้ดูแล ลดการรักษาเกี่ยวกับยาและค่าผ่าตัด ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อมนั้นได้ผลเป็นอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้ใช้ดูแลสุขภาพตัวเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นประโยชน์ในการทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันและนำไปสู่การส่งเสริมให้ประชาชนปลูกสมุนไพรไว้ดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพร ต่อระดับความปวดและความผิดของข้อเข่า ตลอดจนความสามารถในการทำงานของข้อเข่า และความรู้และการป้องกันอาการข้อเข่าเสื่อม ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองญาติและผู้ดูแลต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและสังเคราะห์ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม โดยมี ขั้นตอนในการศึกษาตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery, 2011) ได้แก่

- 1.กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน โดยกำหนดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม
- 2.ใช้หลักการคัดเลือกงานวิจัย (inclusion criteria) PICOS โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ประชากร (P: population) ผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม

2) สิ่งแทรกแซง (I: intervention) ยาพอกเข่าสมุนไพร

3) กลุ่มเปรียบเทียบ (C: comparisons) ผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อมที่ใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร กับไม่ใช้ยาพอกเข่าสมุนไพร

4) ผลลัพธ์ (O: outcome) ผลจากการใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม

5) รูปแบบการศึกษา (S: study design) ไม่จำกัด รูปแบบการศึกษาวิจัยเป็นรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ย้อนหลังเป็นระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2560-2565)

3.การคัดเลือกบทความวิจัย (Selection Criteria) โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

4.การสกัดข้อมูล (Data Extraction) การพิจารณาข้อมูลของบทความวิจัยเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ประกอบด้วยเนื้อหาของบทความวิจัยสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อใช้ในการบอกถึงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบวิจัย สถิติที่ใช้ แนวคิดทฤษฎี เครื่องมือวิจัย และสรุปผล อย่างชัดเจน

5.การประเมินคุณภาพบทความวิจัย (Quality Assessment) โดยใช้แบบ ประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Heller RF, et al. (2008) และแบ่งระดับของข้อมูลเชิงประจักษ์ 7 ระดับ บันทึกลงในแบบประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาพอกเข่าสมุนไพรบรรเทาอาการปวดข้อเข่าเสื่อม

2. เป็นรายงานการวิจัยที่เป็น ภาษาอังกฤษ ภาษาไทย

3. เป็นรายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2565

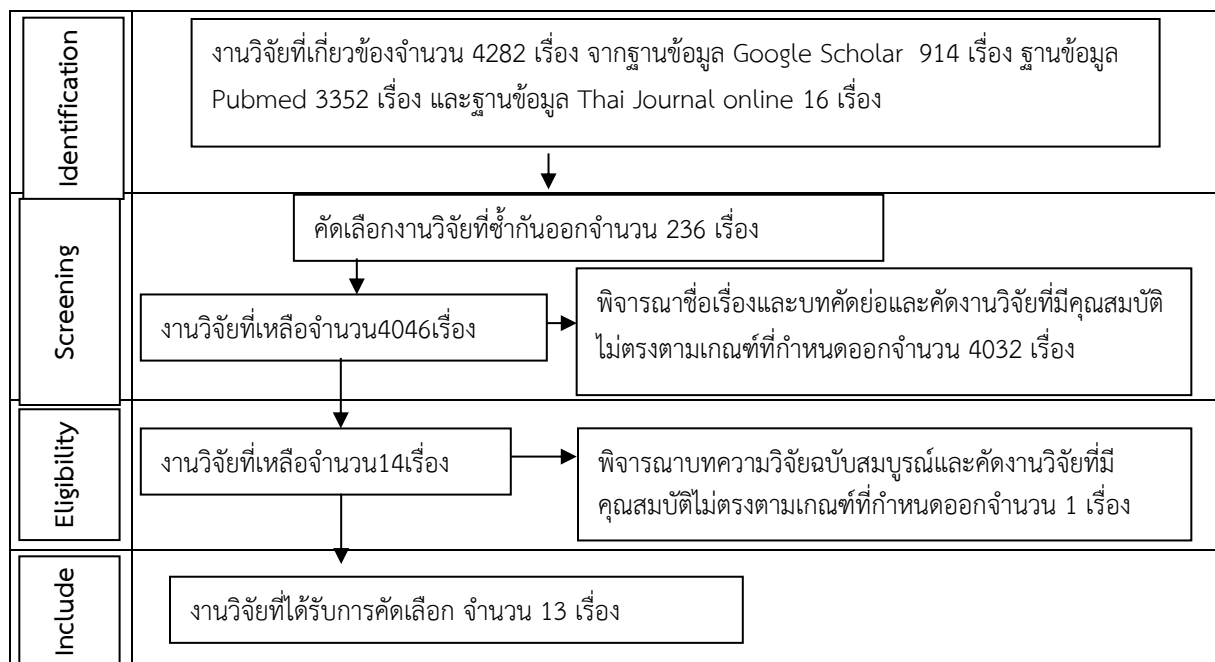
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. งานวิจัยที่เป็นงานวิจัยประเภททบทวนวรรณกรรม (systematic review) อยู่แล้ว

2. งานวิจัยที่ซ้ำซ้อนจากการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ เฮลเลอร์ (Heller et al., 2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของรายงานการวิจัย 2) แบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลงานวิจัย และ 3) แบบบันทึกการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกรงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการคัดเลือกรงานวิจัยจะพิจารณาคุณภาพงานวิจัยเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ ซึ่งคัดเลือกจาก วัตถุประสงค์ คือ ค้นหางานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของยาพอกเข้าสมุนไพรร ต่อระดับความปวดและความผิดปกติของข้อเข่า ตลอดจนความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า และความรู้และการป้องกันอาการข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ เฮลเลอร์ (Heller et al., 2008) ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคำถามการวิจัย มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงกระบวนการวิจัย มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการแปลผล มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการนำไปใช้ประโยชน์ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะประเมิน “มีและเหมาะสม” (3 คะแนน) “มีแต่ไม่เหมาะสม” (2 คะแนน) “ไม่พบในงานวิจัย”(1 คะแนน) งานวิจัยที่มีคุณภาพจะต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ส่วนงานวิจัยคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ให้ทำการคัดงานวิจัยนั้นออก

[illegible]

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการศึกษาตามแบบประเมินผลคุณภาพงานวิจัย (Heller et al., 2008)

ชื่องานวิจัย	หัวข้อการประเมินคุณภาพ												หมายเหตุ
	Research question : มีการระบุประเภทการศึกษาเหมาะสมกับคำถามวิจัยหรือไม่	Sampling : มีวิธีการสุ่มตัวอย่างเหมาะสม และเพียงพอต่อการเป็นตัวแทนหรือไม่	Exposures : มีการวัดตัวแปรปัจจัยที่สัมพันธ์หรือตัวแปรต้นเหมาะสมหรือไม่	Outcomes : มีการวัดตัวแปรผลลัพธ์ หรือตัวแปรตามเหมาะสมหรือไม่	Outcome measures : มีการประมาณค่าผลที่เหมาะสมหรือไม่	Confounders : มีการจัดการกับตัวแปรกวน เพียงพอ และเหมาะสมหรือไม่	Internal validity : มีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม เกิดมาจากตัวแปรอิสระหรือไม่	Statistical tests : มีการแปลผลลัพธ์ ในการทดสอบทางสถิติอย่างถูกต้องหรือไม่	Public health impact : มีการนำเสนอผลกระทบด้านสาธารณสุขหรือไม่	Impact on health policy : มีการศึกษาที่มีประโยชน์เพียงพอที่จะส่งผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพหรือไม่	Acceptable results : มีการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในทางสาธารณสุขได้หรือไม่		
8 ประสิทธิภาพของยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	32 (ผ่าน)	
9 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกเข้าด้วยตำรายาพอกสูตรที่ 1 กับยาพอกสูตรที่ 2 ต่ออาการปวดเข่าและการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม รพ.บางใหญ่ อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33 (ผ่าน)	
10การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังจากการรักษาโคลนสมุนไพรรักษาเข่าร่วมกับแผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33 (ผ่าน)	
11 ประสิทธิภาพของแผ่นแปะสมุนไพรรักษาอาการปวดข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุ ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกาจังหวัดปทุมธานี	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	31 (ผ่าน)	
12 การประยุกต์ใช้ศาสตร์ แพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองในผู้สูงอายุ บ้านหนองบัวหลวง อ.พังโคน จ.สกลนคร	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33 (ผ่าน)	
13 ประสิทธิภาพของการใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการปวดเข่าในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาล พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	32 (ผ่าน)	

ผลการวิจัย

การดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของประสิทธิผลของยาพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข้าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม จากการสืบค้นมีบทความในเบื้องต้นทั้งหมด จำนวน 4,282 เรื่อง จากฐานข้อมูล Google Scholar 914 เรื่อง ฐานข้อมูล PubMed 3,352 เรื่อง และฐานข้อมูล Thai Journal online 16 เรื่อง โดยได้คัดเลือกงานวิจัยออก และนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ เฮลเลอร์ (Heller et al., 2008) งานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือก จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม (ตารางที่ 2) พบว่า

ผลจากการใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข้าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม นั้นพบว่ามีประสิทธิผล โดยจากก่อนใช้นั้นผู้ป่วยจะมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นการปวดเข่าที่รุนแรง เมื่อได้รับการพอกเข้าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข้าแล้วพบว่าความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงและระดับความรู้สึกรู้สึกปวดของข้อเข่าหลังการพอกยาสมุนไพรมีระดับความรู้สึกรู้สึกถึงอาการปวดลดลง อาการข้อเข่าเสื่อมลดลงและมีความรู้และการป้องกันอาการข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น

รูปแบบการศึกษา เป็นการออกแบบการศึกษา 2 แบบ คือ

1.เป็นการวิจัยแบบการวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 1 บทความ โดยเป็นการศึกษาเพื่อหาการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังจากการรักษาโคลนสมุนไพรพอกเย็น ร่วมกับการนวดแผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่ามีการใช้ การทดลองโดยใช้ โคลนสมุนไพรพอกเข้าประกอบด้วย ดินเหนียวท้องถิ่น ดินสอพอง ใบสะเดา ใบขี้เหล็ก ใบย่านาง ใบรางจืด เถาบอระเพ็ด

โดยดำเนินการการนวดจะนวด 3 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง โดยมีการการประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบเฟเชียลสเกลส์ (Facial Scale) ก่อน-หลังการทดลอง โดยผลการทดลองพบว่า อาการปวดเข้าของกลุ่มทดลองลดลงทุกคน

2.เป็นการวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) จำนวน 12 บทความ

2.1 การศึกษาผลการพอกสมุนไพรในสูตรต่าง ๆ คือ ได้แก่ ยาพอกเข้าตำรับหลวงปู่ศุขวัดปากคลองมะขามเฒ่าและยาพอกเข้าตามตำราอื่น ๆ โดยเป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองก่อน-หลังการเข้าร่วมการพอกเข้า พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม และปวดลดลง

2.2 การศึกษาผลของการพอกสมุนไพร ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น และพอกสมุนไพรในสูตรต่าง ๆ ซึ่งเป็นการพอกเข้าสมุนไพรร่วมกับการนวดกดจุด ประคบ โดย เป็นการศึกษแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง ใช้สมุนไพรที่ใช้เป็นยาพอกเข้าสมุนไพร คือ เหง้าไพลสด, เหง้าขิงสด, เหง้าข่าแก่ตำให้ละเอียดคลุกเคล้าให้เข้ากัน แล้วผสมแอลกอฮอล์ 70% สมุนไพรพอกเข้าสำหรับ **กลุ่มควบคุม** ใช้เป็น ขมิ้น, ตะไคร้ ตำให้ละเอียดคลุกเคล้าให้เข้ากัน แล้ว ผสมแอลกอฮอล์ 70% โดยมีการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดเข้าที่ไม่แตกต่างกันและหลังการทดลองพบว่าพบว่าเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการรักษา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการรักษา ในด้าน ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ความปวดของข้อเข่า อาการข้อเข่า ข้อตึงการใช้งานข้อในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ย

ลดลงกว่าก่อนการรักษาซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาสามารถจำแนกสูตรของยาพอกเข้า ได้ดังนี้

1.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้หัวตองติง, ผักเสี้ยนผีทั้งห้า, หัวว้านน้ำ อย่างละ 3 บาท ไพล ใบพลับพลึง ใบส้มป่อย อย่างละ 2 บาท เกลือเม็ด ดินสอพอง อย่างละ 1 บาท

2.ยาพอกเข้าสมุนไพร นำมาทำเป็นเจล ประกอบด้วย นำสารสกัดสมุนไพรเข้า ตองติง และ ห้าราก มาผสมกับสารดังนี้ โพรพิลีนไกลคอล 5 กรัม คาร์โบพอล 940 5 กรัม น้ำกลั่น 450 มิลลิลิตร ข่า 2.5 กรัม ตองติง 2.5 กรัม ห้าราก 2.5 กรัม เอทานอล 25 มิลลิลิตร Germaben II 2.5 กรัม ไตรเอทาโนลามีน 2.5 กรัม

3.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ ผงเถาวัลย์เปรียง 4 กรัม ผงเถาเอ็นอ่อน 4 กรัม ผงไพล 4 กรัม ผงขมิ้นชัน 4 กรัม ผงชิง 4 กรัม ผสมกับแอลกอฮอล์ 95 % ปริมาณ 80 ซีซี

4.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ ชิง 1, ไพล 1, ขมิ้นชัน 1, วานน้ำ 1, พริกไทย 1, กระเทียม 1, มาทำสะอาดแล้ว นำมาสับ หั่นให้เป็นตา หรือบดให้ละเอียด แช่เหล้าหรือน้ำส้มสายชู 5 เปอร์เซ็นต์ ให้สมุนไพรเปียกพอให้เหมาะแก่การพอกหมักทิ้งไว้ 5-10 วัน

5.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ ใบบัวบก ไพล ขมิ้นชัน บอระเพ็ด รากจืด ผักเสี้ยนผี พิมเสน การบูร นำสมุนไพรแต่ละชนิด มาบดละเอียด สำหรับตะไคร้ ขมิ้นชัน ไพล ใบมะขาม นำมา บดหยาบ โดยสมุนไพรแต่ละอย่าง จะใช้จำนวน 350 กรัม เท่ากัน ทุกชนิด และนำไปบรรจุในถุงผ้า

6.ยาพอกเข้าสมุนไพรตำรับหลวงปู่ชวดปากคลองมะขามเฒ่า ประกอบด้วย ผงผักเสี้ยนผี

ผงไพลและการบูร อย่างละ 1 ส่วน ผสมให้เข้ากัน นำผงยาที่ได้มาผสมกับแอลกอฮอล์ จากนั้นนวดตัวยาคสมให้เป็นเนื้อเดียวกันจนเหนียวและนุ่มพอที่จะสามารถพอกเข้าได้

7.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ เหง้าไพลสด, เหง้าชิงสด, เหง้าข่าแก่ ตำให้ละเอียดคูลูกเคล้าให้เข้ากัน แล้วผสมแอลกอฮอล์ 70%

8.ยาพอกเข้าสมุนไพรประกอบด้วย ขมิ้น, ตะไคร้ ตำให้ละเอียดคูลูกให้เข้ากันแล้วผสมแอลกอฮอล์ 70%

9.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ ไพล 150 กรัม ผิวมะกรูด, พริกไทยดำ วานร้อนทอง วานนางคำ วานน้ำ วานมหาภาพ ข่า เจตมูลเพลิงแดง ดีปลี ใบมะค่าไก่ ใบมะขาม และอื่น ๆ อย่างละ 15 กรัม การบูร และน้ำปูนใส นำมาหมักด้วยเหล้า 40 ดีกรีเป็นเวลา 2 สัปดาห์

10.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ ดินเหนียวท้องนา ดินสอพอง ใบสะเดา ใบขี้เหล็ก ใบย่านาง ใบรางจืด เถาบอระเพ็ด

11.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ แป้งข้าวเจ้า 500 กรัม ลูกแป้งข้าวหมาก 1 ลูก ตองติงบดละเอียด 100 กรัม ชิงแก่สด 200 กรัม

12.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ แป้งข้าวเจ้า 500 กรัม ยาห้าราก 200 กรัม ชิง 200 กรัม ไพล 200 กรัม น้ำมันงา 100 กรัม การบูร 10 กรัม น้ำต้ม

13.ยาพอกเข้าสมุนไพร ที่ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ ผงไพล ผงชิง ผงฟาทะลายโจร ผงผักเสี้ยนผี ผสมกับสมุนไพรในกลุ่มตำรับยาห้ารากได้แก่ ผงมะเดื่อชุมพร ผงเทายายมอม ผงคนทา ผงชิงชี ผงยานาง สัตสวณอย่างละเท่า ๆ กัน โดยนำส่วนผสมทั้งหมดผสมรวมกับน้ำอุณหภูมิปกติ คูลูกเคล้าให้เข้ากัน

โดยมีข้อควรระวังเกี่ยวกับผลข้างเคียงของ
ยาพอกเข้าสมุนไพรที่มีส่วนผสมของดอกตัง
เนื่องจากดอกตังมีสารแอลคาลอยด์ Colchicines

ทำให้เกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง และแสบร้อน
ในผู้ป่วยบางราย

ตารางที่ 2 บทความจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้แต่ง(ปี)	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา (Design)	กลุ่มเป้าหมาย	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
เกียรติ สุตา เชื้อ สุพรรณ และคณะ. (2563)	เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิผลของการ พอกยาสมุนไพร ต่อ ระดับความปวดของ ข้อเข่า	(Quasi Experimen tal Research)	ผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อม จำนวน 30 คน	กลุ่มทดลองมีค่า คะแนนเฉลี่ยของระดับ ความเจ็บปวดต่ำกว่า ก่อนการเข้าร่วมการ พอกเข้า	ควรสนับสนุน ให้มีการใช้ ตำรับยาพอกเข้าสมุนไพร ในผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมภูมิปัญญา ไทยให้มากขึ้น
อารุธ หงษ์ศิริ และคณะ 2565	เปรียบเทียบระดับ ความปวดของเข่าก่อน และหลังใช้เจล พอกเข้า ในผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการ ณ ขอ งค์โคตคลินิกการแพทย์ แผนไทย	Quasi - Experimen tal Research Design	ผู้สูงอายุมี อาการปวดเข่า มารับบริการ ณ ขอขงโคค ลิการแพทย์ แผนไทย 40 คน	ผลการเปรียบเทียบ ระดับความปวดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า คะแนนเฉลี่ยก่อนพอก เจล สูงกว่าหลังพอกเจล ทั้ง 3 ครั้งทำการ ทดลอง	เจลพอกเข้าสามารถเป็น อีกทางเลือก สำหรับผู้ที่มีปัญหา อาการปวดเข่า ตลอดจน สามารถพัฒนาต่อยอดได้
ศิริพร แย้มมูล และคณะ (2561)	เพื่อศึกษาประสิทธิ ผลของการพอกเข้า ด้วยตำรับสมุนไพรต่อ อาการปวดเข่าในผู้ ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เข้า โรงพยาบาล บ้านโคก	Quasi- experimen tal research	ผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อม ได้รับการ วินิจฉัยโรคว่า เป็นโรคข้อเข่า เสื่อมจริงจำ นวน 32 คน	ระดับอาการปวดเข่า ของผู้ป่วยลดลง ค่าเฉลี่ย ระดับ อาการปวดเข่า ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการพอก และหลังการพอก แตกต่างกันค่าเฉลี่ย องศาการเคลื่อนไหวของ ข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง ก่อนการพอก ครั้งที่ 1 และหลังการ พอกครั้งที่ 5 ไม่มีความ แตกต่างกัน	1. ศึกษาเปรียบเทียบการ พอกกลุ่มตัวอย่างโดย วิธีการรักษาการพอกเข้า ต่ออาการปวด เข่า เปรียบกับการ รับประทานยาแก้ปวด 2. สนับสนุนให้มีการ ศึกษาวิธีการรักษาด้วย การพอกยาสมุนไพรต่อ อาการปวดในผู้ป่วยโรค อื่นๆ เช่น โรคลม ปลายประสาทข้อศอก โรค หัวไหล่ติด เป็นต้น

ตารางที่ 2 (ต่อ) บทความจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้แต่ง(ปี)	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา (Design)	กลุ่มเป้าหมาย	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
สุพัทธพร คุ้มทรัพย์ และคณะ 2563	ศึกษาผลของยาพอก เข้าสมุนไพรต่อการ รักษาอาการปวดใน โรคข้อเข่าเสื่อมของ ผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลวังห้ว	Quasi – Experimen tal Research กลุ่มตัวอย่าง เดียว	ผู้ป่วยมีอาการ ปวดข้อเข่า รักษาโรงพยา บาลส่งเสริม สุขภาพตำบล วังห้ว 32 คน	ความรุนแรงโรคข้อเข่า เสื่อมลดลงและระดับ ความรู้สึกรู้สึกปวดของข้อ เข่าหลังการพอกยา สมุนไพรมีระดับความ รู้สึกรู้สึกถึงอาการปวดลดลง	สนับสนุนให้มีการ ศึกษาเพิ่มเติมในการ รักษาโรคข้อเสื่อมอื่นๆ เช่น ข้อไหล่ ข้อมือ ข้อศอกด้วยวิธีการพอก ยาสมุนไพร
รุ่งนภา จันทร์ และคณะ 2020	เพื่อเปรียบเทียบความ ปวดก่อนและหลังการ ใช้สมุนไพรพอกเข้า ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ข้อเข่าเสื่อม และเพื่อ ศึกษาความพึงพอใจ ของการใช้สมุนไพร พอกเข้า	(Quasi Experimen tal Research) กลุ่มตัวอย่าง เดียว ทดสอบ ก่อน - หลัง	กลุ่มผู้สูงอายุที่มี ภาวะข้อ เข่า เสื่อมในโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีวิชัย จำนวน 30 คน	ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่า เสื่อมที่ได้รับการพอก สมุนไพรที่เขามียาระดับ การปวดเข่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ทาง สถิติที่ระดับ .01 และมี ระดับ ความพึงพอใจอยู่ ในระดับมากที่สุด	บุคลากรทางสุขภาพ ควรนำยาพอกเข้า สมุนไพรมาประยุกต์ใช้ใน หน่วย บริการสาธารณสุขที่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่า เสื่อมแทนการใช้ยาแก้ ปวดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ
สุธินันท์ วิจิตร 2565	เพื่อศึกษา ประสิทธิผลของยา พอกเข้าตำรับหลวง ปู่ศุขวัดปากคลอง มะขามเฒ่าต่อการ บรรเทาอาการปวด และองศาการ เคลื่อนไหวในผู้ป่วย โรคเคลมจับโปงแห้งเข่า	Quasi- experimen tal research	ผู้ป่วยที่มารับ การรักษา อาการปวด เข่า ณ คลินิก แพทย์แผน ไทย โรงพยาบาล บาลส่งเสริม สุขภาพตำบล 30 คน	อาสาสมัคร มีระดับความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$) และมี องศาการเคลื่อนไหวของ ข้อเข่าท่าอเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)	1. ส่งเสริมใช้สมุนไพรใน การบรรเทาอาการปวด แทนการกินยาต้านการ อักเสบ 2. สนับสนุนให้ศึกษาการ พอกเข้าต่ออาการปวดใน ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรค ลมปลายปิดคอตข้อศอก โรคหัวไหล่ติด เป็นต้น
ดลยา ถัมโพธิ์ และคณะ (2021)	เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของการ นวดกดจุด ประคบ และการพอกสมุนไพร ในการลดอาการปวด ในผู้ป่วยเบาหวานที่มี โรคข้อเข่าเสื่อม	(Quasi- Experimen tal Research) แบบ 2 กลุ่ม เก็บข้อมูล ก่อนและ หลังทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม จำนวนกลุ่มละ 35 คน	ก่อนการทดลองกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับความ ปวดเข่าไม่ต่างกัน ภาย หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย ลดลงจาก ก่อนการทดลอง และ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม	สามารถใช้การนวดกดจุด ประคบร่วมกับการพอก สมุนไพร เป็นทางเลือก ในการรักษาผู้ป่วยข้อเข่า เสื่อมโดยเลือกรักษาตาม ความสะดวก เพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 2 (ต่อ) บทความจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้แต่ง(ปี)	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา (Design)	กลุ่มเป้าหมาย	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
ปิยะพล พูลสุข และคณะ (2561)	ศึกษาประสิทธิผลของยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	Quasi-experimental research) หนึ่งกลุ่ม วัดก่อน และ หลังการทดลอง	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ๓๖ ราย	ภายหลังการทดลองพบว่า ระดับความปวดของข้อเข่า ระดับอาการข้อฝืด และช่วงเวลาในการลุกเดินลดลงกว่า ก่อนการทดลอง และความสามารถในการใช้งานของข้อเข่าดีขึ้น	-ควรนำยาพอกเข้าสมุนไพรมานำใช้ แทนการใช้ยา -ศึกษาวิจัยประสิทธิผลยาพอกเข้าสมุนไพรรักษาในกลุ่มโรคเกี่ยวกับข้อต่ออื่นๆ ที่ไม่สามารถทำการหัตถบำบัดได้ เช่น โรคเก๊าท์ โรครูมาตอยด์
ศิลดา การะเกตุ (2560)	เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โคลนสมุนไพรรักษาอาการปวดเข่าร่วมกับแผนไทยในการลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ	การวิจัยเชิงทดลอง แบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ทดสอบก่อน - หลัง	ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าเสื่อมรักษาคลินิกแพทย์แผนไทยและสถานเอนามัย จังหวัดพะเยา	เมื่อวัดคะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษาพบว่าอาการปวดเข่าลดลงคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)	การศึกษานี้ไม่ได้ทำให้ทราบว่าอาการปวดเข่าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ควรให้ความสนใจปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ การบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า
เจษฎา อุดมพิทยา สรรพ์ 2562	เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างยาพอกเข้าสูตรที่ 1 และยาพอกเข้าสูตรที่ 2 หลังการพอกเข้า เพื่อบรรเทาโรคข้อเข่าเสื่อม	(Quasi-experimental research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง หนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง	ผู้ป่วยที่มารับการรักษารักษาอาการปวดเข่า คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบางใหญ่ จำนวน 40 คน	อาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าระหว่างยาพอกเข้าสูตรที่ 1 และยาพอกเข้าสูตรที่ 2 ดังนี้ อาการปวดเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ไม่แตกต่างกัน องศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ไม่แตกต่างกัน	1. พัฒนางค์ความรู้การพอกเข้าไปประยุกต์ใช้ใน การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในการบรรเทาอาการปวดและเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า แทนการกินยาต้านการอักเสบ
วรกานต์ มุกประดับ 2020	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแผ่นแปะสมุนไพรรักษาอาการปวดข้อเข่าเสื่อม	(Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างเดียว ทดสอบก่อน- หลัง	ผู้สูงอายุตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ได้รับการวินิจฉัยว่าป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	-ประสิทธิผลของแผ่นแปะสมุนไพรมีผลต่อการลดระดับความเจ็บปวด พบว่า ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าก่อนทดลอง กับ หลังทดลอง พบว่ามีองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าที่เพิ่มขึ้น	1. ควรนำแผ่นแปะสมุนไพรรักษาเพื่อลดการใช้ยาในกลุ่มแก้ปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย 2. นำไปใช้ลดอาการปวดกล้ามเนื้อในตำแหน่งต่างๆของร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดไม่รุนแรง

ตารางที่ 2 (ต่อ) บทความจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้แต่ง(ปี)	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา (Design)	กลุ่มเป้าหมาย	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
เพ็ญศิริ จันทร์ แอ และ คณะ (2021).	ศึกษาการประยุกต์ใช้ ศาสตร์แพทย์แผนไทย เพื่อลดอาการ เจ็บปวดของโรคข้อเข่า เสื่อมด้วยตนเองใน ผู้สูงอายุ	(Quasi Experimen tal Research)	กลุ่มผู้สูงอายุ บ้านหนองบัว หลวง จำนวน 30 คน	กลุ่มทดลองมีคะแนน ความรู้และพฤติกรรม เพื่อลดอาการปวดเข่า การปฏิบัติตัวเพื่อลด อาการปวดเข่าสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ	เนื่องจากการศึกษาใน ครั้งนี้ทำการศึกษาดู ความปวดของโรคข้อเข่า เสื่อม ทำให้ขาดการ ศึกษาครั้งต่อไป จึงควรมี การศึกษามูลการทดลอง ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น องศาของข้อเข่า การ ทำงานของข้อเข่า
พทพ. กรกฎ ไชยมงคล .2019	ศึกษาประสิทธิผลของ การใช้ยาสมุนไพร ตำรับพอก เขาในผู้สูงอายุ	Qualitative Research) และวิจัยเชิง ทดลอง	ผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 20 ราย	ยาสมุนไพรที่ใช้ในการ พอกเขา สามารถลดการ อักเสบของข้อเข่าได้ และช่วยลดพิษร้อน	ควรพัฒนายาสมุนไพร ตำรับพอกเขาให้อยู่ใน รูปแบบที่สะดวกใช้งาน สะดวกต่อการขนส่ง

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ศึกษาถึงผลต่อการใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อมนั้นสามารถนำมาใช้ดูแลและลดอาการปวดให้กับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1.งานวิจัยที่มีสูตรของสมุนไพรที่แตกต่างกัน แต่เมื่อนำไปใช้ในการพอกแล้วสามารถให้ผลการพอกในทางที่ดี สามารถช่วยลดอาการปวดจากข้อเข่าเสื่อมได้เป็นอย่างดีและได้ผลไม่ต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์ และคณะ ที่ ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างยาพอกเข่าสูตรที่ 1 และยาพอกเข่าสูตรที่ 2 หลังการพอกเข่า เพื่อบรรเทาโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งได้ผลการศึกษาคืออาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า

ระหว่างยาพอกเข่าสูตรที่ 1 และยาพอกเข่าสูตรที่ 2 ดังนี้ อาการปวดเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 องศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2.งานวิจัยที่มีสูตรของสมุนไพรและมีการศึกษาร่วมกับการรักษาวิธีอื่นด้วย เช่น ร่วมกับการนวดกดจุด ซึ่งเมื่อได้ดำเนินการควบคู่กับการพอกจุดสมุนไพรแล้วพบว่า จากการตรวจจากอาการปวดข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยที่มีการข้อเข่าเสื่อมได้ผลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัฒนา ชยธวัช และคณะได้ศึกษาเรื่องระดับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อรักษาด้วยการนวดแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียวและประคบสมุนไพรร่วมด้วยโดยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองทำการเปรียบเทียบระดับการเคลื่อนไหวการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างการนวดแบบราชสำนักกับเมื่อร่วมกับการประคบสมุนไพรกับ

การนวดอย่างเดียว โดยพบว่า การนวดราชสำนัก ร่วมกับการประคบทำให้ลดการบวมของใต้ลูกสะบ้า และเหนือลูกสะบ้าลงได้มากกว่า ทำให้สามารถมี มุมข้อ (นอนหงาย) เขยียดตรงได้มากกว่า

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ โดยในการ ทบทวนวรรณกรรมนั้น เนื่องด้วยเป็นศึกษาในเรื่อง ค่อนข้างเฉพาะ คือเรื่องยาพอกเข้าสมุนไพร ในการ ค้นหาจึงหาได้ค่อนข้างยากและส่วนใหญ่ค้นหาได้ เฉพาะแหล่งรวบรวมงานวิจัยของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 สูตรยาพอกเข้าสมุนไพรมีหลายสูตรให้ ผลการรักษาได้ผลไม่ต่างกันและสามารถใช้ประคบ ภายหลังร่วมกับการนวดกดจุดได้ จึงควรสนับสนุน การพอกเข้าสมุนไพรให้เป็นอีกทางเลือกในการดูแล ผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าเสื่อม

1.2 สามารถนำยาพอกเข้าสมุนไพรไป ออกแบบในรูปแบบอื่นๆ เช่น ทำเป็นซองห่อหุ้ม สามารถใช้สะดวก และนำไปใช้ที่บ้าน ซึ่งใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากและขั้นตอนการใช้ไม่ซับซ้อน

1.3 กระตุ้นให้มีการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกิจกรรมจัดทำยาพอกเข้าสมุนไพรในชุมชนเพื่อ เพิ่มช่องทางในการใช้ยาพอกเข้าสมุนไพรเพื่อ ลดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมได้หลายช่องทางเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือ รูปแบบ RCTเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาพอกเข้า สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมี อาการข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างพื้นที่อื่น ๆ ที่มี บริบทของต่างประเทศ

2.2 ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาเพิ่มเติม ในการรักษาโรคข้อเสื่อมอื่น ๆ เช่น ข้อไหล่ ข้อมือ ข้อศอกด้วยวิธีการพอกยาสมุนไพร

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ,สถิติผู้สูงอายุ;2565 [วันที่อ้างถึง 24 มิถุนายน 2552]. ที่มา: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>
2. เกียรติสุตา เชื้อสุพรรณ,วิชัย โชควิวัฒน์,ศุภะลักษณ์ พักคำ, ธวัชชัย กมลธรรม.ประสิทธิผลของการ พอก ยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม.วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน.2020 Nov 17;6(02):155-.
3. เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, วินัย สยอวรรณ, วราวุธ คตวงศ์, ณัฐสุตา แก้วเศษ, อิศรา ศิริมณรัตน์. Comparative Study of the Effectiveness of Knee Formula 1 and Knee Formula 2 for Knee Pain And Range of Motion of Knee Joint in Patients with Osteoarthritis Bang Yai Hospital, Bang Yai, Nonthaburi. Princess of Naradhiwas University Journal. 2019 Jan 2;11(1):64-72.
4. กรกฎ ไชยมงคล.ประสิทธิผลของการใช้ยาสมุนไพร ตำรับพอกเข้าในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระ ปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. Chophayom Journal. 2019 May 31;30(1):119-28.
5. ดลยา ฅมโพธิ์, ลัดมะณี ศรีชา,สุนิชา ชูแสง. การศึกษาประสิทธิผลของการนวดกดจุดประคบและ พอกสมุนไพร เพื่อบำบัดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมของโรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัด นครราชสีมา.วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2021 Aug 27;36(2):391-401.
6. เพ็ญศิริ จันท์แอ, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์, พิทักษ์ชน บุญสินชัย, ศุภกร แนมพลกรัง, กาญจนา คิตติจรัส, ทัดติกา แก้วสูงเนิน,ฉัตรชนก นกุลกิจ,ภานิชา พงศ์ นราทร,นฤวัตร ภักดี,กันธิมา เผือกเจริญ,จริยา ขุน ทะวาด.การประยุกต์ใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทยเพื่อลด อาการเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองใน ผู้สูงอายุบ้านหนองบัวหลวง อำเภอฟังโคน จังหวัด สกลนคร.วารสารวิชาการเทคโนโลยีการจัดการ. 2021 Jun 4;2(1):30-42.

7. วรกานต์ มุกประดับ. ประสิทธิภาพของแผ่นแปะสมุนไพรบรรเทาอาการปวดข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. In Proceeding National & International Conference 2020 Mar 27 (Vol. 1, No. 11, p. 1120).
8. ศิริพร แยมมูล, เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, อิศรา ศิริมณีรัตน์. ประสิทธิภาพของการพอกเข้าด้วยตำรับสมุนไพรต่อ อาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าโรงพยาบาลบ้านโคก อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2018 Jun 1;1(1):16-27.
9. ศิริรัตน์ ศรีรักษา, สุรินทร์ วิจิตร, ชากิมะห์ สะมาแล, ชวนชม ขุนเอียด, วิชชาดา สิมลา, ตั้ม บุญรอด. ประสิทธิภาพ ของยาพอกเข้าตำรับหลวงปู่ศุขวัดปากคลองมะขามเฒ่าต่อการบรรเทาอาการปวดและองศาการเคลื่อนไหวในผู้ ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้า. หมอยาไทยวิจัย. 2022 Jun 27;8(1):47-62.
10. สุพัตรา พรคุ้มทรัพย์, ยงยุทธ วัชรดุลย์, ศุภะลักษณ์ พิกคำ. การศึกษาผลของยาพอกสมุนไพรต่อการรักษาอาการ ปวดในโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังห้ว อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2020 Dec 6;17(2):275-84.
11. อาวุธ หงษ์ศิริ. ประสิทธิภาพเจลพอกเข้าต่อระดับความปวดของเข่าในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ช่อขงโคคลินิก การแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ISSN 2774-1176 (Online). 2022 Jun 30;7(1):77-86.
12. Chantra R, Sudjan C, Tangruncharoen C, Thongpa Y, Nutchaya T, Panwai T, Tongcham N, Chamnan N, Kumnertkoh J, Luabunjong C. ผลของการใช้สมุนไพรพอกเข้าลดอาการปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีวิชัย อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. Rajamangala University of Technology Srivijaya Research Journal. 2021 Mar 16;13(1):165-73.
13. Jayathavaj V. ระดับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อรักษาด้วยการนวดแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียว และประคบสมุนไพรร่วมด้วย. หมอยาไทยวิจัย. 2020 Jun 29;6(1):21-34.
14. Karaket S, ATM NS, ATM PJ, ATM SK, ATM SP, ATM PP. COMPARATIVE STUDY OF PAIN LEVEL BEFORE AND AFTER COOL HERBAL MUD TREATMENT WITH THAI MASSAGE IN ELDERLY WITH KNEE PAIN.
15. Poonsuk P, Songphasuk S, Jantha M, Nimpitakpong N, Jiratsatit K. Effectiveness of herbal poultice for knee pain relief in patients with osteoarthritis of knee. TMJ. 2018 Mar 27;18(1):104-11.
16. YUTTHAWICHAJ K, Sareedenchai V. *THE EFFECTIVENESS OF THE MASSAGE OIL OF YAKAD MON ON KNEE PAIN* (Doctoral dissertation, Srinakharinwirot University).

ผลการใช้ Cannabidiol (CBD) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

นัทวลัญช์ จันทอง ร.ม.**

พรรณี บัญชรหัตถกิจ ส.ด.**

Received: 25 ส.ค.65

Revised: 20 ต.ค.65

Accepted: 1 พ.ย.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ภัยพิบัติเป็นพืชที่มีผลออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีการนำมาใช้เป็นยารักษาโรคตั้งแต่ยุคโบราณ ประเทศอังกฤษมีการใช้ ภัยพิบัติในการรักษาโรคซึมเศร้า ประเทศจีนมีการใช้ภัยพิบัติกับไวนน์เป็นยาเสพติด ประเทศอินเดียมีการใช้ภัยพิบัติระงับปวด เส้นประสาท เก๊าท์ รูมาตอยด์ โรคกล้ามเนื้อ ลมชัก เคลื่อนไหวผิดปกติ ซึมเศร้า และโรคจิตเวช โดยประเทศไทยจัดให้ภัยพิบัติเป็น ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 และได้มีการอนุญาตให้ใช้ภัยพิบัติทางการแพทย์ได้ ในปี 2562 และยังพบน้อยในการบำบัดผู้ป่วยทางจิตเวช การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนองค์ความรู้ที่ เกี่ยวกับภัยพิบัติและโรคจิตเวช

วิธีการศึกษา: รูปแบบการวิจัยเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) โดยทำการสืบค้นบทความ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Pub Med และ Google Scholar ที่ได้รับการตีพิมพ์ย้อนหลัง 20 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2565 และประเมินคุณภาพของบทความโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Heller RF, et al.(2008)

ผลการศึกษา: จากการสืบค้นมีบทความในเบื้องต้นทั้งหมดจำนวน 197 บทความ ประเมินคุณภาพของบทความคงเหลือทั้งสิ้น จำนวน 9 บทความ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัย และเกี่ยวข้องกับการศึกษาการใช้ยาที่มีส่วนผสมของ ภัยพิบัติทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

สรุป: การใช้ Cannabidiol หรือ CBD ในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มจิตเวช ทั้งโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคนอนไม่หลับ ทั้งใน กลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิง มีผลการรักษาที่เป็นไปในทางบวก สามารถบรรเทาอาการของโรค ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีอาการในระยะแรกเริ่มของโรครวมถึงกลุ่มป่วยด้วยโรคจิตเวช โดยยัง ไม่พบผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยภัยพิบัติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช, แคนนาบิไดออล, การรักษาทางการแพทย์ด้วยภัยพิบัติ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Effect of Cannabidiol (CBD) on Patients with Psychiatric Disorders: a Systematic Review

Natwalan Jantong M.Pol. Sc.*

Panee Banchonhattakit Dr.PH.**

Abstract

Introduction: Cannabis is a plant that has a psychoactive effect. It has been used as a medicine since ancient times. The UK has used cannabis to treat depression. China has used cannabis and wine as an anesthetic. Marijuana has been used in India to suppress nerve pain, gout, rheumatoid arthritis, epilepsy, movement disorders, depression, and psychosis. Thailand classifies marijuana as a Category 5 drug under the Narcotic Drug Act 1979, and medical marijuana was allowed in 2019 and is still rare in the treatment of medical psychiatric patients. The purpose of this study was to review the body of knowledge related to cannabis and psychiatric disorders.

Methods: A systematic review of related articles obtained from the electronic databases of Pub Med and Google Scholar. The study emphasized articles that have been published from 2002 to 2022. The reviewed articles were assessed for their quality using the research quality assessment form suggested by Heller RF, et al. (2008).

Results: According to the result, a total of 197 articles were published during the period, there were 9 articles that met the criteria of the research quality assessment form and were associated with studies on the use of medicinal cannabis-containing drugs in psychiatric patients.

Conclusion: The use of cannabidiol or CBD in the treatment of psychiatric disorders including depression, schizophrenia, and insomnia in males and female adults and adolescents. The articles revealed the positive therapeutic effect of cannabidiol or CBD since it could alleviate the symptoms of the disease. As a result, patients' symptoms were improved in high-risk groups, those with early symptoms, and those with psychiatric disorders. In addition, they revealed no side effects from the treatment using CBD.

Keywords: Psychiatric patients, Cannabidiol(CBD), Medical treatment, Cannabis

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

**Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajaphat University under the Royal Patronage.

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่มีผลออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีการนำมาใช้เป็นยารักษาโรคตั้งแต่ยุคโบราณ หลายพันปีก่อนการเกิดศาสนา และยังมีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ ทั้งจากประเทศอังกฤษ ที่มีหนังสือกล่าวถึงการใช้กัญชาในการรักษาโรค ซึมเศร้า ประเทศจีนใช้กัญชารักษาโรคมะเร็งกว่า 100 โรค (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2565) โดยมีการใช้กัญชากับไวน์เป็นยาสลบ ประเทศอินเดียถือว่ากัญชาเป็นพืชที่พระศิวะประทานลงมาให้มวลมนุษย์เพื่อใช้ในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บและใช้ในทางศาสนา มีการใช้กัญชาระงับปวดเส้นประสาท เก๊าท์ รูมาตอยด์ โรคกล้ามเนื้อชัก เคลื่อนไหวผิดปกติ ซึมเศร้า ถอนพิษสุรา และโรคจิตเวช ซึ่งเป็นการใช้กัญชารักษาโรคในสมัย 100 ปีที่แล้ว แคนนาบิส (cannabis) เป็นพืชที่มีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทสูง ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) พบว่า ในหลายประเทศมีอัตราการรักษาโรคที่เป็นผลกระทบจากการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น เช่น การรักษาภาวะติดกัญชาและผลกระทบทางสุขภาพอื่นที่เกิดจากการใช้กัญชา อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากัญชาจะถูกกำหนดให้เป็นสารเสพติดผิดกฎหมายและมีการควบคุมห้ามใช้โดยทั่วไป แต่มีบางประเทศอนุญาตให้ใช้สารจากกัญชาได้เฉพาะเหตุผลทางการแพทย์ ภายใต้การควบคุมที่เคร่งครัดและชัดเจน

สำหรับประเทศไทย กัญชาจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แต่เพิ่งได้มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ในปี 2562 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ทำให้ทราบว่า กัญชามีฤทธิ์หลากหลายและบางชนิดสามารถส่งผลกระทบต่อจิตใจและระบบประสาทส่วนกลาง ทั้งนี้ กัญชามี

สารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabidiol) หรือ CBD โดยสารชนิดนี้จะออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทพบมากในส่วนของช่อดอกและใบ และเชื่อว่าเป็นสารในกัญชาที่ทำให้มีฤทธิ์เสพติด ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสารออกฤทธิ์ต่างๆในกัญชาเพื่อนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ และจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ก็พบว่า สาร CBD อาจเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคจิตเวช โดยสามารถป้องกันความเสียหายของสมองเนื่องจากไปต่อต้านการทำงานของ THC ในการทำปฏิกิริยากับเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) ตามธรรมชาติในสมอง สาร CBD ไม่จัดเป็นยาเสพติดแต่มีฤทธิ์เพื่อการคลายเครียด นั่นหมายความว่าสาร CBD อาจมีคุณสมบัติต้านโรคจิตเวชได้

ดังนั้นเพื่อเตรียมความพร้อมกับการใช้กัญชาในประเทศที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับกัญชาและโรคจิตเวช โดยมีขอบเขตการทำงานเป็นการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและโรคจิตเวช ทั้งปัจจัยเสี่ยงในการใช้กัญชาที่ก่อให้เกิดโรคจิตเวชและการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และลดผลกระทบที่อาจเกิดจากการใช้กัญชาอย่างไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังสามารถนำช่องว่างจากการวิเคราะห์ข้อมูลมาพัฒนางานวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและทบทวนองค์ความรู้เรื่องผลการใช้ Cannabidiol (CBD) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เพื่อศึกษาคุณลักษณะและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคในผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2545 - 2565) เป็นภาษาอังกฤษ ตามแนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนา บริชส์ 8 ขั้นตอน (JBI, 2014) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การกำหนดหัวข้อและคำถามการทบทวนเพื่อให้มีแนวทางในการทบทวนอย่างชัดเจน

2. การกำหนดวิธีสืบค้นและการคัดเลือกงานวิจัย จากรายงานการวิจัยที่ครอบคลุมตามหลัก PICOS ได้แก่ 1) ประชากรที่ศึกษา เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กัญชารักษาโรคในผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช 2) การรักษาโรคจิตเวชด้วยยาที่มีส่วนผสมของกัญชาทางการแพทย์ 3) ผลกระทบจากการใช้กัญชาในผู้ป่วยจิตเวช 4) ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา 5) ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ถึง พ.ศ.2565 มีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 การกำหนดคำสำคัญ (key word) ทั้งที่เป็นภาษาอังกฤษ ได้แก่ Effect, cannabidiol and psychiatric disorders, Insomnia, Schizophrenia และ Depression

- 2.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ได้แก่ การสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ได้แก่ Pub Med และ Google Scholar

3. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด

4. การประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Heller RF,et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ในแต่ละข้อคำถาม

จะประเมิน “มีและเหมาะสม” (2 คะแนน) “มีแต่ไม่เหมาะสม” (1 คะแนน) “ไม่พบในงานวิจัย” (0 คะแนน) งานวิจัยที่มีคุณภาพจะต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ส่วนงานวิจัยที่มีคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ให้ทำการคัดงานวิจัยฉบับนั้นออกดังแสดงในตารางที่ 1 การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์จากนั้นทำการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล

5. การสกัดข้อมูล โดยพิจารณาข้อมูลของบทความวิจัยเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ประกอบด้วยเนื้อหาของบทความวิจัยสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อใช้ในการบอกถึงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบวิจัย สถิติที่ใช้ แนวคิดทฤษฎี เครื่องมือวิจัย และสรุปผล อย่างชัดเจน

6. การสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัยด้วยแบบประเมินคุณภาพบทความวิจัย (Quality Assessment) ผู้วิจัยอ่านบทความวิจัยอย่างละเอียดทั้งฉบับ เพื่อตรวจสอบคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานบทความวิจัย ประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Heller RF,et al. (2008)

7. นำเสนอผลการทบทวนหลังการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนของระเบียบวิธีวิจัยและผลการวิจัย

8. การอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเวชด้วยยาที่มีส่วนผสมของกัญชาทางการแพทย์ โดยเกณฑ์การคัดเลือกบทความวิจัย (Selection Criteria) โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สาร CBD ในการรักษาผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ
2. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สาร CBD ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท
3. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สาร CBD ในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล
4. เป็นรายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ถึง พ.ศ.2565

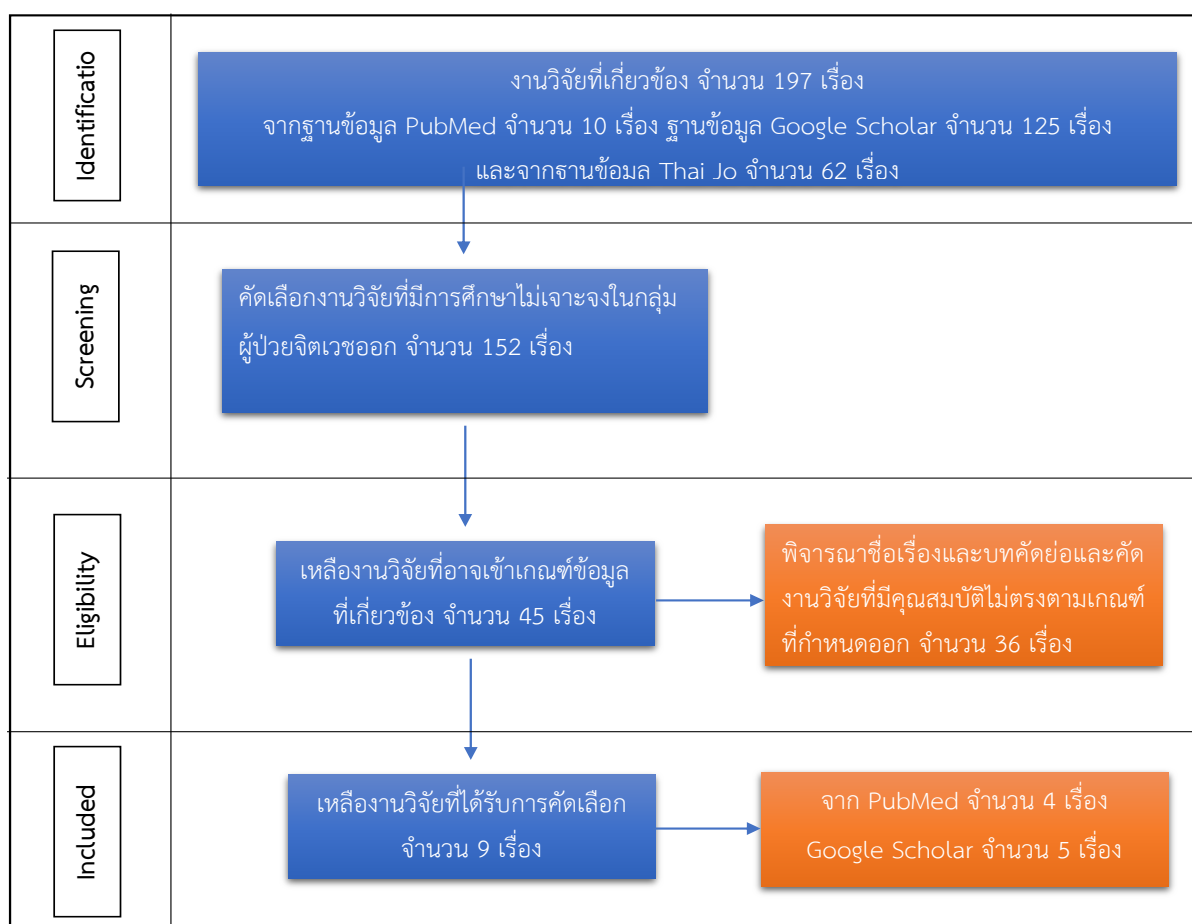
เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (exclusion criteria)

งานวิจัยที่ซ้ำซ้อนจากการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) ของ Heller RF, et al. (2008) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของรายงานการวิจัย 2) แบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลงานวิจัย (data extraction form) ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการคัดเลือกงานวิจัยจะพิจารณาคุณภาพงานวิจัยเพื่อ ประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์ (Heller et al., 2008) ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคำถามการวิจัย มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงกระบวนการวิจัย มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการแปลผล

มีข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการนำไปใช้ประโยชน์มีข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะประเมิน “มีและเหมาะสม” (3 คะแนน) “มีแต่ไม่เหมาะสม” (2 คะแนน) “ไม่พบในงานวิจัย” (1 คะแนน) งานวิจัยที่มีคุณภาพจะต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ส่วนงานวิจัยที่มีคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ให้ทำการคัดงานวิจัยฉบับนั้นออก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Heller et al., 2008)

เรื่องที่ศึกษา	หัวข้อการประเมินคุณภาพ										
	Research question: มีการระบุประเภทการศึกษาเหมาะสมกับคำถามวิจัยหรือไม่	Sampling : มีการสุ่มตัวอย่างเหมาะสม และเพียงพอต่อการเป็นตัวแทนหรือไม่	Exposures : มีการวัดตัวแปรปัจจัยที่สัมพันธ์ หรือตัวแปรต้นเหมาะสมหรือไม่	Outcomes : มีการวัดตัวแปรผลลัพธ์ หรือตัวแปรตามเหมาะสมหรือไม่	Outcome measures : มีการประมาณค่าผลที่เหมาะสมหรือไม่	Confounders : มีการจัดการกับตัวแปรกวน เบี่ยงพ้อ และเหมาะสมหรือไม่	Internal validity : มีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม เกิดมาจากตัวแปรอิสระหรือไม่	Statistical tests : มีการแปลผลลัพธ์ ในการทดสอบทางสถิติอย่างถูกต้องหรือไม่	Public health impact : มีการนำเสนอผลกระทบด้านสาธารณสุขหรือไม่	Impact on health policy : มีการศึกษาที่มีประโยชน์เพียงพอที่จะส่งผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพ	Acceptable results : มีการนำเสนอการศึกษาที่น่าเชื่อถือในงานสาธารณสุขได้หรือไม่
เรื่องที่ 1 Cannabidiol for at risk for psychosis youth: A randomized controlled trial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เรื่องที่ 2 Treatment of social anxiety disorder and attenuated psychotic symptoms with cannabidiol	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เรื่องที่ 3 Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เรื่องที่ 4 Investigating views and opinions of using Cannabidiol (CBD) to relieve stress and insomnia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

*หมายเหตุ ความหมายของสัญลักษณ์ ✓ มีและเหมาะสม X มีแต่ไม่เหมาะสม NA ไม่พบในงานวิจัย

ตารางที่ 1 (ต่อ) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Heller et al., 2008)

เรื่องที่ศึกษา	หัวข้อการประเมินคุณภาพ										
	Research question: มีการระบุประเภทการศึกษาเหมาะสมกับคำถามวิจัยหรือไม่	Sampling: มีการสุ่มตัวอย่างเหมาะสม และเพียงพอต่อการเป็นตัวแทนหรือไม่	Exposures: มีการวัดตัวแปรปัจจัยที่สัมผัส หรือตัวแปรต้นเหมาะสมหรือไม่	Outcomes: มีการวัดตัวแปรผลลัพธ์ หรือตัวแปรตามเหมาะสมหรือไม่	Outcome measures: มีการประมาณค่าผลลัพธ์ที่เหมาะสมหรือไม่	Confounders: มีการจัดการกับตัวแปรกวน เพียงพอ และเหมาะสมหรือไม่	Internal validity: มีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม เกิดมาจากตัวแปรอิสระหรือไม่	Statistical tests: มีการแปลผลลัพธ์ ในการทดสอบทางสถิติอย่างถูกต้องหรือไม่	Public health impact: มีการนำเสนอผลกระทบด้านสาธารณสุขหรือไม่	Impact on health policy: การศึกษานี้มีประโยชน์เพียงพอที่จะส่งผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพหรือไม่	Acceptable results: มีการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในทางสาธารณสุข ได้หรือไม่
เรื่องที่ 5 Cannabidiol treatment in an adolescent with multiple substance abuse, social anxiety and depression	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เรื่องที่ 6 Cannabidiol (CBD) as an Adjunctive Therapy in Schizophrenia: A Multicenter Randomized Controlled Trial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เรื่องที่ 7 Is cannabidiol an effective treatment of anxiety in adults?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เรื่องที่ 8 Cannabidiol as a treatment option for schizophrenia: recent evidence and current studies	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เรื่องที่ 9 Cannabidiol monotherapy for treatment-resistant schizophrenia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

*หมายเหตุ ความหมายของสัญลักษณ์ ✓ มีและเหมาะสม X มีแต่ไม่เหมาะสม NA ไม่พบในงานวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย

จากการสืบค้นมีบทความในเบื้องต้นทั้งหมดจำนวน 197 เรื่อง มีบทความที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาที่ผ่านการประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Heller RF, et al. (2008)

เหลืองานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือก จำนวน 9 เรื่อง ทุกเรื่องมีรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม Randomized controlled trial (RCT) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม (ตารางที่ 2) พบว่าการใช้ Cannabidiol (CBD) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

ในหลายประเทศให้ผลในทางบวก มีการทดลองและพัฒนาเทคนิคที่เหมาะสมในการใช้ Cannabidiol (CBD) รักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยทำการตรวจสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาด้วยสาร CBD ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื้อการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถทนต่อ CBD ได้เป็นอย่างดี กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ CBD มีอาการทางจิตที่เป็นบวกมีการพัฒนาที่ดีขึ้น ไม่พบรายงานผลข้างเคียง และยังพบว่า CBD มีประสิทธิภาพต่อการรักษาอาการทางจิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์อีกด้วย

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาการใช้ CBD เพื่อรักษาโรคนอนไม่หลับโดยเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ใช้ CBD มีแนวโน้มคุณภาพการนอนหลับในทางที่ดีไม่ต่างกัน รวมไปถึงการใช้ CBD

ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่น ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่น มีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล รวมถึงอาการหวาดระแวง และการแยกตัวลดลงไม่ต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การใช้ Cannabidiol หรือ CBD ในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มจิตเวช ทั้งโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคนอนไม่หลับ ทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มวัยรุ่น เพศชายและเพศหญิง มีผลการรักษาที่เป็นไปในทางบวก สามารถบรรเทาอาการของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีอาการในระยะแรกเริ่มของโรครวมถึงกลุ่มป่วยด้วยโรคจิตเวช โดยไม่พบผลข้างเคียงจากการรักษา

ตารางที่ 2 ผลการใช้ Cannabidiol (CBD) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง		รูปแบบการศึกษา	ผลการศึกษา
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
(1) (Zuardi et al., 2006)	เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาด้วยสาร CBD เดียวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื้อการรักษา	ผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษาด้วยยาหลอก	ผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษาด้วย CBD	RCT	ผู้ป่วยทุกรายสามารถทนต่อ CBD ได้เป็นอย่างดีและไม่มีรายงานผลข้างเคียง
(2) (McGuire et al., 2018)	เพื่อประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลของ CBD ในผู้ป่วยโรคจิตเภท	ผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษาด้วยยาหลอก	ผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษาด้วย CBD	RCT	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ CBD มีอาการทางจิตที่เป็นบวกในระดับที่ต่ำกว่ายาหลอก ผู้ป่วยที่ได้รับ CBD พบว่ามีการพัฒนาที่ดีขึ้นซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
(3) (Edwards et al., 2006)	เพื่อประเมินการแทรกแซงที่เน้นกัญชา (การใช้กัญชาในโรคจิตเวช: CAP) สำหรับผู้ป่วยที่ยังคงใช้กัญชาต่อไปหลังจากการรักษาเบื้องต้นสำหรับโรคจิตเภทในระยะแรก (FEP)	ผู้ป่วยจิตเวชที่ยังคงใช้กัญชาต่อไปหลังจากการรักษาเบื้องต้นสำหรับโรคจิตเภทในระยะแรก (FEP)	ผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษาด้วย CBD	RCT	ผลการรักษาผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(4) (Amminger et al., 2022)	เพื่อทดสอบว่าอาการทางจิตที่ต่ำกว่าเกณฑ์สามารถรักษาด้วย cannabidiol (CBD) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษาด้วยยาหลอก	ผู้ป่วยจิตเวชรับการรักษาด้วย CBD	RCT	CBD มีประสิทธิภาพมากกว่ายาหลอกในการปรับปรุงอาการทางจิตในผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลการใช้ Cannabidiol (CBD) ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง		รูปแบบการศึกษา	ผลการศึกษา
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
(5) (Kayani, 2018)	เพื่อรักษาโรคนอนไม่หลับและบรรเทาความเครียดควบคู่ไปกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการใช้ CBD	นักศึกษาเพศชาย	นักศึกษาเพศหญิง	RCT	นักศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ใช้ CBD มีแนวโน้มคุณภาพการนอนหลับในทางที่ "ดี" อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่ต่างกัน
(6) (Berger, Li, & Amminger, 2020)	เพื่อศึกษาผลการรักษาโรคจิตกังวลทางสังคมและอาการทางจิตที่ด้วย cannabidiol	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลอก	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย CBD	RCT	ในระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย CBD พบว่ามีผลในทางบวก จากความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ในระหว่างการรักษา
(7) (Schoevers, Leweke, & Leweke, 2020)	เพื่อศึกษาผลการรักษาด้วย cannabidiol ในอาการของโรคจิตเภทและสภาวะที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มอาการทางจิตกึ่งเฉียบพลันของโรคจิตเภท	กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับโรคจิตเภท	RCT	Cannabidiol ลดอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีอาการลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และในผู้ป่วยกลุ่มอาการทางจิตกึ่งเฉียบพลันของโรคจิตเภท มีอาการดีขึ้น
(8) (Laczkovics, Kothgassner, Felnhofner, & Klier, 2021)	เพื่อศึกษาผลการรักษาด้วยกัญชาในวัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลทางสังคม และภาวะซึมเศร้า	วัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลทางสังคมได้รับการรักษาด้วย CBD	วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วย CBD	RCT	ผลการรักษาด้วย CBD และการหยุดยาแก้ซึมเศร้า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล รวมถึงอาการกลัวแบบธรรมดาและอาการหวาดระแวง และการแยกตัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม
(9) (Rouble & Tazkarji, 2021)	เพื่อศึกษาความสามารถในการรักษาโรคจิตกังวลในผู้ใหญ่ของ Cannabidiol	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาหลอก	กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ CBD	RCT	ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาหลอกเพียงอย่างเดียว กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ CBD เพียงอย่างเดียว มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ได้รับ CBD มีอาการลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยที่ทำการศึกษาทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ การนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์นั้นอาจต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเนื่องจากผลที่ได้จากการศึกษาายังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการใช้กัญชาในการรักษาความผิดปกติทางจิตเวชในประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สรุปได้ว่าประเด็นสำคัญที่ค้นพบ คือ สารสกัดจากกัญชาที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาโรคและส่งผลในทางบวกกับการรักษาโรคในกลุ่มจิตเวช เรียกว่า แคนนาบิไดโอล (Cannabidiol) หรือ CBD พบในส่วนของช่อดอกและใบของต้นกัญชา เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยสาร CBD ไม่จัดเป็นยาเสพติดแต่มีฤทธิ์เพื่อการคลายเครียด ช่วยรักษาและบรรเทาอาการโรคจิตเวชได้ กระตุ้นการนอนหลับ และลดอาการวิตกกังวล ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ (10) ได้ศึกษาแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า สารสกัดกัญชาที่มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ในการรักษาโรคจิตเวชมี 2 ชนิด คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ซึ่งสาร CBD มีประสิทธิผลต่อการรักษาโรคจิตเวชดีกว่า THC การศึกษาการใช้ CBD ในการรักษาโรคในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคซึมเศร้าทั้งในผู้ใหญ่และวัยรุ่น ผลการรักษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล รวมถึงอาการหวาดระแวง และการแยกตัว ทั้งสองช่วงวัยมีอาการดีขึ้นจากการรักษาด้วย CBD นอกจากนี้ยังพบอีกว่าประสิทธิผลจากการใช้ CBD ในการรักษาโรคจิตเวชในเพศชายและเพศหญิง มีผลการรักษาที่ไม่ต่างกัน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบที่ว่า อายุ ช่วงวัย และเพศ ไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลแทรกแซงต่อการใช้ CBD ในการ

รักษาผู้ป่วย จิตเวชแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้ CBD รักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการใช้ยานี้จะต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์เท่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และไม่เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย และยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

สารสกัดจากกัญชา (Cannabidiol) หรือ CBD ที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาโรคผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลในทางบวกกับการรักษา เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีฤทธิ์เพื่อการคลายเครียด ช่วยรักษาและบรรเทาอาการโรคจิตเวชได้ด้วยการกำกับดูแลของแพทย์เท่านั้น เพื่อบรรเทาอาการเครียด บรรเทาอาการโรคจิตเวชกระตุ้นการนอนหลับ และลดอาการวิตกกังวล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพิ่มเติมในประเทศไทย และควรศึกษาติดตามในระยะยาว เพื่อดูผลการรักษา ประโยชน์ และผลข้างเคียงจากการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. Zuardi AW, Hallak JE, Dursun SM, Morais SL, Sanches RF, Musty RE, et al. Cannabidiol monotherapy for treatment-resistant schizophrenia. J Psychopharmacol. 2006;20(5):683-6.
2. McGuire P, Robson P, Cubala WJ, Vasile D, Morrison PD, Barron R, et al. Cannabidiol (CBD) as an Adjunctive Therapy in

-
- Schizophrenia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2018;175(3):225-31.
3. Edwards J, Elkins K, Hinton M, Harrigan S, Donovan K, Athanasopoulos O, et al. Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;114(2):109-17.
 4. Amminger GP, Lin A, Kerr M, Weller A, Spark J, Pugh C, et al. Cannabidiol for at risk for psychosis youth: A randomized controlled trial. *Early intervention in psychiatry*. 2022;16(4):419-32.
 5. Kayani S. Investigating views and opinions of using Cannabidiol (CBD) to relieve stress and insomnia. 2018.
 6. Berger M, Li E, Amminger GP. Treatment of social anxiety disorder and attenuated psychotic symptoms with cannabidiol. *BMJ Case Reports CP*. 2020;13(10):e235307.
 7. Schoevers J, Leweke JE, Leweke FM. Cannabidiol as a treatment option for schizophrenia: recent evidence and current studies. *Current Opinion in Psychiatry*. 2020;33(3):185-91.
 8. Laczkovics C, Kothgassner OD, Felnhofer A, Klier CM. Cannabidiol treatment in an adolescent with multiple substance abuse, social anxiety and depression. *Neuropsychiatr*. 2021;35(1):31-4.
 9. Rouble AN, Tazkarji B. Is cannabidiol an effective treatment of anxiety in adults? *Evidence-Based Practice*. 2021;24(11):13-4.
 10. ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พณเ. <การใช้สารสกัดกัญชาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต>. *วารสารกรมการแพทย์*. 2562;44(1).

การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

นิตยา ภูริพันธุ์* วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
 วาสิณี อ่อนท้วม** พย.ม.(บริหารการพยาบาล)
 ปณิดา คุณสาระ** พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

Received: 5 พ.ย.65
 Revised: 13 ธ.ค. 65
 Accepted: 16 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องปรับตัวและพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและตนเอง

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม ได้แก่ หัวหน้าหอ 22 คน พยาบาลวิชาชีพ 277 คน และผู้ป่วย 556 ราย (เวชระเบียน) การพัฒนารูปแบบฯ มี 4 ขั้นตอน: 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบฯ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ และ 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ รูปแบบการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดย (1) แบบทดสอบความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกและด้านการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย (2) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (3) แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (4) แบบบันทึกคุณภาพการบันทึก (5) แบบบันทึกความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบฯ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ผ่านการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้และแบบบันทึกฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired T-test, Wilcoxon signed rank test Chi-square test และการวิเคราะห์จัดกลุ่มเนื้อหา

ผลการวิจัย: ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ด้านองค์การพบคุณภาพการบันทึกการพยาบาลและความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบฯ หัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การพัฒนา รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

Development of a Nursing Model for Coronavirus Care 2019 (COVID-19)

Nittaya Puripun* M.N.S (Adult Nursing)

Wasinee Onthuam** M.N.S. (Administration)

Panita Kunsara** M.N.S (Adult Nursing)

Abstract

Introduction: Due to the outbreak of COVID-19, nurses need to develop themselves to keep up with changes in order to ensure the safety of patients and themselves.

Method: This research was conducted to develop a nursing care model for COVID-19 patients. The subjects were 22 head nurses, 277 nurses, and 556 patients (medical records), the number of which was obtained through specific sampling. The model was developed through 4 steps: 1) situation analysis, 2) model development, 3) trial, and 4) model evaluation. The research instruments were: (1) a questionnaire to evaluate head nurses' knowledge of clinical supervision of which content validity was approved by five experts, (2) a questionnaire to evaluate the knowledge of professional nurses, (3) a patient care record form, (4) a quality nursing record form, and (5) a questionnaire to evaluate satisfaction towards the nursing care model. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired T-test, Wilcoxon signed rank test, Chi-square test, and content grouping analysis.

Results: The results revealed that the outcomes of both patients and health care providers were significantly higher in all aspects ($p < .05$). In terms of the organizational aspect, the quality of nursing records and the head nurses's satisfaction after using this model were at the highest level.

Keywords: Development, Nursing care model, Coronavirus disease 2019 patients, COVID-19

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Deputy Director of Nursing Cluster.

** Registered Nurse, Senior Professional Level

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) จัดเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เป็นไวรัสในตระกูลโคโรนา ผู้ที่ติดเชื้อมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ มีไข้ ไอ และอ่อนเพลีย ผิดปกติ ผู้ที่ติดเชื้อร้อยละ 5 มีอาการวิกฤตจากการหายใจล้มเหลวหรือช็อกจากการป่วยรุนแรงและร้อยละ 1-2 เสียชีวิตจากมีอาการหนัก ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ปอด เบาหวาน ภูมิคุ้มกันต่ำและหรือโรคประจำตัวอื่น ๆ^{1,2} ผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่ม 608 ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี, ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง, โรคหัวใจ และหลอดเลือด, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคอ้วน, โรคเบาหวาน และหญิงตั้งครรภ์ เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล³ ในกรณีที่มีอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิตได้⁴ จึงเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และวันที่ 11 มีนาคม 2563 ได้มีประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)^{5,6} และพบว่ามี การเสียชีวิตทั่วโลกแล้วเป็นจำนวนถึง 4,361,996 ราย⁷ สำหรับในประเทศไทยเริ่มมีการระบาดของโรค COVID-19 เมื่อ 12 มกราคม 2563 และมีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วไปทั่วทุกภูมิภาค⁶ และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563⁷

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 630 เตียงและเป็น center of excellent (COE) ด้านโรคกระดูกและข้อ

ได้ให้บริการผู้ป่วย COVID-19 เป็นรายแรกในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งในระยะแรกที่มีการระบาดนั้นภารกิจด้านการพยาบาลได้สร้างระเบียบปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์⁹ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โคโรนา 2019 ขึ้นเป็นฉบับแรกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล จากการติดตามผลลัพธ์การดูแลพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ พบสถิติผู้ป่วยโรค COVID-19¹⁰ ที่เข้ารับบริการทั้งหมด 12,074 ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 991 ราย และเสียชีวิต 166 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.75 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2564)⁹ จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจำนวน 20 ราย¹⁰ และทบทวนระบบการพยาบาลนั้นพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดความมั่นใจด้านองค์ความรู้ ขาดประสบการณ์และมีความกังวลในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนและมีความซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยทั่วไป แต่ด้วยนโยบายและสถานการณ์ที่เร่งด่วน พยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติงานโดยขาดความพร้อมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน จึงพบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) แนวทางการพยาบาลที่ใช้นั้นยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยขาดแนวทางกรณีพิเศษทางคลินิกเฉพาะโรค COVID-19 3) การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทั้ง 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านการสร้างแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)¹¹ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาท

ของพยาบาลแก่ผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนได้อย่างมีคุณภาพ 2) ด้านการนิเทศทางคลินิกที่มีความเหมาะสมและนิยมใช้ คือรูปแบบการนิเทศของพร็อกเตอร์¹² ประกอบด้วยการนิเทศตามมาตรฐาน การนิเทศตามแบบแผน และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ และเป็นกระบวนการนิเทศที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิก และได้รับการเสริมพลังด้านจิตใจซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์วิกฤตและนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล 3) แนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting¹³ ซึ่งเป็นการบันทึกประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงสภาวะผู้ป่วยที่สำคัญ หรือความผิดปกติของสัญญาณหรือมีตัวบอกเหตุ (trigger) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการพยาบาลที่สะท้อนผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพ

ผู้วิจัยในฐานะผู้นำองค์กรพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและมีบทบาทโดยตรงในการเป็นผู้นำการพัฒนากำกับนิเทศให้พยาบาลทุกระดับปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล ตลอดจนสนับสนุนการ

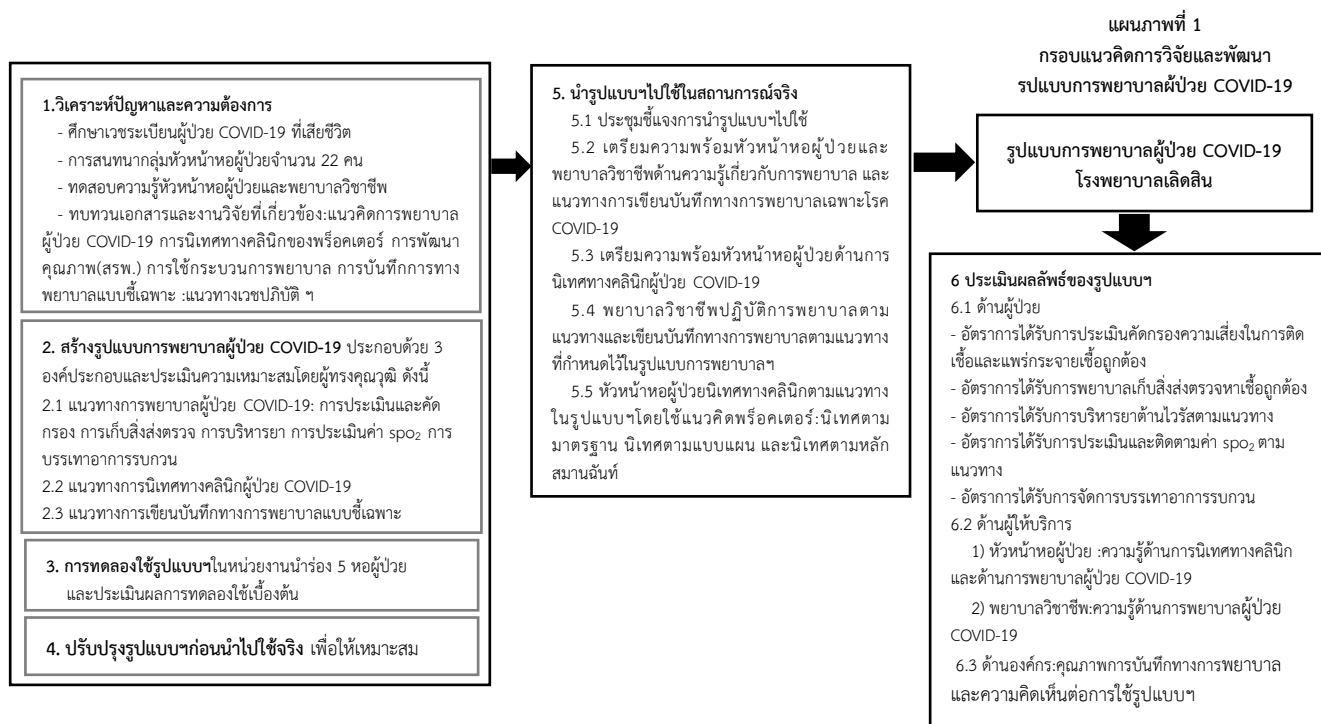
พัฒนาการพยาบาลและนวัตกรรมการพยาบาลใหม่ ๆ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ โดยคาดหวังว่าจะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคอุบัติใหม่และบุคลากรปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ร่วมกัน ได้แก่แนวคิดการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)¹¹ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล¹⁴ แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพร็อกเตอร์และแนวคิดการเขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ¹³



วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ออกแบบการวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา ของ Mahdjoubi¹⁵ ดำเนินการ 6 ขั้นตอนในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565-เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective)

ประชากร 1) พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ.2564-สิงหาคม พ.ศ. 2565 2) ผู้ป่วย COVID-19 จากเวชระเบียนทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน ในระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564-สิงหาคม พ.ศ.2565

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่พยาบาลวิชาชีพและกลุ่มผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ: (1) หัวหน้าหอผู้ป่วยจากทุกหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 22 คน (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดียวกันกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยและมีประสบการณ์การทำงาน 2 ปีขึ้นไป จำนวน 277 คน 2) ผู้ป่วย COVID-19 ที่ได้จากเวชระเบียน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีอาการไม่รุนแรงและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญตามแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม 608 ได้แก่ ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี, ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคอ้วน, โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน และหญิงตั้งครรภ์หรือมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564-สิงหาคม พ.ศ.2565 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan¹⁵ ได้เวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 556 แพ้ม แบ่งเป็น

กลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 278 แพ้ม และหลังการพัฒนารูปแบบฯจำนวน 278 แพ้ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ส่วนประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19 จำนวน 2 ท่าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ได้แก่

1.1) คำถามการสนทนากลุ่มสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาการให้การพยาบาลความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การพยาบาลการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยและประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2) แบบทดสอบความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของพรีคเตอร์¹² มีข้อคำถาม 20 ข้อ แบบทดสอบเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom, Hasting, & Madaus¹⁷ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 1 จากจำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 = 0.86

1.3) แบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19 สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 30 ข้อ แบบทดสอบเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้

1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom, Hasting, & Madaus¹⁷ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC =1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค =0.9

1.4) แบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19 สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 20 ข้อ แบบทดสอบเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom, Hasting, & Madaus¹⁷ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC =1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค =1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลโดยบันทึกว่ามีหรือไม่มีภายหลังการปฏิบัติ และหาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่า interrater reliability เท่ากับ 1

2.2) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น 5 ตัวเลือก คือมีการบันทึกมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน มีการบันทึกมากเท่ากับ 4 คะแนน มีการบันทึกปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน มีการบันทึกน้อยเท่ากับ 2 คะแนน มีการบันทึกน้อยที่สุดเท่ากับ 1 แบบประเมินชุดนี้มีค่า CVI 0.84

2.3) แบบประเมินความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ประกอบด้วย การแสดงความคิดเห็นจำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมากเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย

เท่ากับ 2 เห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 แบบประเมินชุดนี้มีค่า CVI 0.86

2.4) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจหาเชื้อ การบริหารยาต้านไวรัส การประเมินและติดตามค่า spo₂ การจัดการและบรรเทาอาการรบกวน หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่า interrater reliability เท่ากับ 1

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งได้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรอง 011/2565 ออกให้ ณ วันที่ 28 มกราคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจในการตอบคำถามหรือให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและจากการประชุมกลุ่ม จะไม่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงาน การรายงานผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลการศึกษารังนี้ดำเนินการ 6 ขั้นตอนในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19

ผู้วิจัยดำเนินการโดย 1) การสนทนากลุ่มในหัวหน้าหอผู้ป่วย 22 คน เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบฯเดิม และค้นหาปัญหาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน

20 ราย ให้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมและดำเนินการสนทนากลุ่มในประเด็นปัญหาการให้การพยาบาลความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การพยาบาลการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยและประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยกันรวบรวมข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลฯ ได้แก่ (1) แนวทางการพยาบาลที่ใช้อย่างไม่ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและไม่ครบถ้วนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (2) หัวหน้าหอผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิกและยังไม่มีแนวทางการนิเทศผู้ป่วย COVID-19 ที่เป็นแนวทางเดียวกัน และ (3) พยาบาลวิชาชีพบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย จากนั้นทบทวนเอกสารงานวิจัย และสังเคราะห์องค์ความรู้ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการพยาบาลและแนวทางเวชปฏิบัติผู้ป่วย COVID-19 การนิเทศทางคลินิกของพร็อกเตอร์ การพัฒนาคุณภาพ (สรพ.) การใช้กระบวนการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล นำมาออกแบบการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 2) ผู้ช่วยวิจัยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดียวกันกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทำแบบทดสอบความรู้ และผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลฯจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเลิดสิน ช่วงวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นระยะก่อนการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลฯ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาออกแบบรูปแบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19

ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจหาเชื้อ การบริหารยาต้านไวรัส การประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (spo₂) การจัดการและบรรเทาอาการรบกวน (2) แนวทางการนิเทศทางคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ การนิเทศเกี่ยวกับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจหาเชื้อ การบริหารยาต้านไวรัส การประเมินและติดตามค่า spo₂ การจัดการและบรรเทาอาการรบกวน (3) แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้แก่ แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อ การพยาบาลเก็บสิ่งส่งตรวจหาเชื้อ การบริหารยาต้านไวรัส การประเมินและติดตามค่า spo₂ และการจัดการและบรรเทาอาการรบกวนทางการพยาบาลอื่น ๆ ของผู้ป่วยและนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ และเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้นำร่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ในหอผู้ป่วยจำนวน 5 หอ กับหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 72 คน ตามขั้นตอน โดย 1) เตรียมความพร้อมของผู้ทดลองใช้รูปแบบฯ โดยผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการใช้รูปแบบฯ เตรียมความพร้อมหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพด้วยการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลฯ ด้านการนิเทศทางคลินิกและแนะนำวิธีการนิเทศตามสถานการณ์โรคระบาด 2) นำรูปแบบการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้โดยให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยและบันทึกทางการพยาบาลตาม

แนวทางฯ หัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศทางคลินิกตามแนวทาง 3) ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าพยาบาลวิชาชีพเขียนยังเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วนในประเด็นโรคร่วมสำคัญและหัวหน้าหอผู้ป่วยยังขาดแนวทางการนิเทศเกี่ยวกับการบันทึก

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลและการปรับปรุงรูปแบบใหม่

ทีมผู้วิจัยได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการนำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองใช้นำร่อง พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงได้นำผลการทดลองมาปรับปรุงรูปแบบฯ ดำเนินการโดยจัดทำคู่มือแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคและปรับเปลี่ยนแนวทางการนิเทศการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำก่อนนำมาใช้

ขั้นตอนที่ 5 การนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในองค์กรและติดตามประเมินผล ผู้วิจัยได้

1) จัดประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วย 22 คน เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจวิธีการนำรูปแบบใหม่ไปใช้ทั้ง 3 องค์กรประกอบได้แก่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และการเขียนบันทึกทางการพยาบาลฯ

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ โดยการสอนและทบทวนเนื้อหา

3) จัดอบรมหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบฯ โดยการอบรมทบทวนความรู้เพิ่มเติม สอนแนะนำรายกลุ่มและรายบุคคล เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิกที่ปรับปรุงใหม่ประกอบด้วยแนวทางการนิเทศ แผนการนิเทศ เทคนิคในการนิเทศ และประเมินผลการนิเทศ

4) นำรูปแบบฯไปใช้ในหอผู้ป่วยที่กำหนดกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 สิงหาคม 2565 โดยทีมผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและประเมินผลการใช้รูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ
ประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านผู้ป่วยได้แก่ อัตราการได้รับการประเมินคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อถูกต้อง อัตราการได้รับการพยาบาลเก็บส่งตรวจหาเชื้อถูกต้อง อัตราการได้รับการได้รับการบริหารยาต้านไวรัสตามแนวทาง อัตราการได้รับการประเมินและติดตามค่า spo₂ ตามแนวทาง อัตราการได้รับการจัดการบรรเทาอาการรบกวนเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่เข้ารับบริการก่อนการใช้รูปแบบฯระยะเวลา 6 เดือน (2) ด้านพยาบาลได้แก่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนาฯ (3) ด้านองค์กรได้แก่คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและความคิดเห็นในการใช้รูปแบบฯหลังการพัฒนาฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2) การวิเคราะห์เชิงผลลัพธ์ (1) ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยอัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้ออย่างถูกต้อง อัตราผู้ป่วยได้รับการเก็บส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้ออย่างถูกต้อง อัตราผู้ป่วยได้รับการบริหารยาด้านไวรัสตามแนวทางที่กำหนด อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตามแนวทาง

อัตราผู้ป่วยได้รับการจัดการและบรรเทาอาการ รบกวนทางการพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลัง การพัฒนาด้วยสถิติไคร์สแคร์ที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติ 0.5 (2) ด้านพยาบาล ประกอบด้วยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพใช้ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนาด้วย paired t-test และคะแนน ความรู้ในการนิเทศทางคลินิกทดสอบค่า Wilcoxon signed rank test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.5 และ (3) ผลลัพธ์ด้านองค์กร ได้แก่ คุณภาพการ บันเทิงทางการพยาบาลและความคิดเห็นของ หัวหน้าหอผู้ป่วยในการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ใช้ การหาค่าเฉลี่ย และจัดระดับ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19

โรงพยาบาลเลิดสิน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ หลัก ได้แก่ 1) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19 ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการ เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการดูแล ต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดให้มีการใช้กระบวนการ พยาบาลในการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินและ คัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ การบริหารยาต้านไวรัส การประเมินและติดตามค่า spo₂ การจัดการและบรรเทาอาการรบกวนทางการ พยาบาล 2) ด้านการนิเทศทางคลินิก:มีการกำหนด ประเด็นการนิเทศที่สอดคล้องตามแนวทางการ

พยาบาลฯใหม่ และเน้นการนิเทศที่เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมขวัญกำลังใจแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน และ 3) ด้านการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย การบันทึก 1) วินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง COVID-19 2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ภาวะโรคร่วม (Comorbidity Disease) 3) ข้อวินิจฉัย ทางพยาบาลด้านจิตใจ

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยโรค COVID-19 โรงพยาบาลเลิดสิน

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย จากการศึกษาเวช ระเบียนผู้ป่วยก่อนการพัฒนาแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 143 ราย (ร้อยละ 51.43) เพศหญิง 135 ราย (ร้อยละ 48.56) มีอายุระหว่าง 18-93 ปี อายุเฉลี่ย 45.35 ปี มีโรคประจำตัวในกลุ่มเสี่ยง 105 ราย (ร้อยละ 36.76) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 11.59 วัน และสถานภาพการจำหน่ายกลับบ้าน 264 ราย (ร้อยละ 94.96) เสียชีวิต 14 ราย (ร้อยละ 5.03) จากเวชระเบียนผู้ป่วยหลังการพัฒนา แบบฯพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 143 ราย (ร้อยละ 51.43) เพศชาย 135 ราย (ร้อยละ 48.56) อายุ ระหว่าง 20-87 ปีอายุเฉลี่ย 49.54 ปี มีโรค ประจำตัวในกลุ่มเสี่ยง 158 ราย (ร้อยละ 56.84) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 12.54 วัน และสถานภาพการ จำหน่ายกลับบ้านจำนวน 276 ราย (ร้อยละ 99.27) เสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 0.71) เมื่อเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า ผลลัพธ์ผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.5$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	ก่อนใช้รูปแบบฯ (N=278)		หลังใช้รูปแบบฯ (N=278)		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้ออย่างถูกต้อง	ได้รับ	269	96.8	278	100	9.148
	ไม่ได้รับ	9	3.2	0	0	
การพยาบาลเก็บสิ่งส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อด้วยเทคนิค RT-PCR /ATK อย่างถูกต้อง	ได้รับ	272	97.8	278	100	6.065
	ไม่ได้รับ	6	2.2	0	0	
การบริหารยาต้านไวรัสทันเวลาตามแนวทาง	ได้รับ	236	84.9	276	99.3	39.489
	ไม่ได้รับ	42	15.1	2	0.7	
การประเมินและติดตามค่า spo ₂ ตามแนวทาง	ได้รับ	239	86.0	275	98.9	33.379
	ไม่ได้รับ	39	14.0	3	1.1	
การจัดการและบรรเทาอาการรบกวนทางการพยาบาล	ได้รับ	260	93.5	272	97.8	6.271
	ไม่ได้รับ	18	6.5	6	2.2	

2.2 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล

2.2.1 ด้านการพัฒนาความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย 22 คน เป็นเพศหญิง 21 คน (ร้อยละ 95.45) มีอายุระหว่าง 44-58 ปี เฉลี่ย 53.31 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี 14 คน (ร้อยละ 63.63) มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 1-12 ปี เฉลี่ย 3.86 ปี :

1) การพัฒนาความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.36 ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.54 ต้องปรับปรุงร้อยละ 9.09 คะแนนเฉลี่ย 14.63 และภายหลังการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.36 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.63 คะแนนเฉลี่ย 17.95 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าระดับความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 2

2) การพัฒนาความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 อยู่ในระดับดีร้อยละ 81.81 ระดับปานกลางร้อยละ 18.19 คะแนนเฉลี่ย 25.14 และภายหลังการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 อยู่ในระดับดีร้อยละ 90.91 ระดับปานกลางร้อยละ 9.09 คะแนนเฉลี่ย 27.10 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าระดับความรู้การพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 2

2.2.2 ด้านการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปพบว่าพยาบาลวิชาชีพจำนวน 277 คน เป็นเพศหญิง 260 คน (ร้อยละ 93.86) มีอายุระหว่าง 22-58 ปี เฉลี่ย 33.37 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี 268 คน (ร้อยละ 96.76) มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2-20 ปี เฉลี่ย 6.32 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลฯ อยู่ในระดับดีร้อยละ 71.85 ระดับปานกลางร้อยละ 23.10 ต้องปรับปรุงร้อยละ 5.05 คะแนนเฉลี่ย 16.37 หลังการพัฒนา

มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลอยู่ในระดับดีร้อยละ 94.94 ระดับปานกลางร้อยละ 5.05 มีคะแนนเฉลี่ย 18.90 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าระดับ

ความรู้ด้านการพยาบาลฯ หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ด้านการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ด้านพยาบาล	Min-Max	Mean	SD	Z	p-value
1. หัวหน้าหอผู้ป่วย					
1.1 ความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิก					
ก่อนการพัฒนา	11-18	14.63	2.28	4.165	< 0.001
หลังการพัฒนา	15-20	17.95	1.59		
1.2 ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19					
ก่อนการพัฒนา	20-28	25.14	2.52	3.218	< 0.001
หลังการพัฒนา	23-30	27.10	2.84		
2. พยาบาลวิชาชีพ					
ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19					
ก่อนการพัฒนา	8-20	16.37	2.45	13.962	< 0.001
หลังการพัฒนา	13-20	18.90	1.32		

2.3 ผลลัพธ์ด้านองค์กร

1) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.92$, $SD=0.29$) และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (ตามตารางที่ 3)

2) ผลลัพธ์ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์รูปแบบฯ พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 22 คน ที่ใช้รูปแบบหลังพัฒนามีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.94$, $SD=0.24$) และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ด้านองค์กรพยาบาล

ผลลัพธ์ด้านองค์กรพยาบาล	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล			
- การประเมินผู้ป่วย	4.91	0.28	มากที่สุด
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล	4.88	0.32	มากที่สุด
- การวางแผนการพยาบาล	4.90	0.30	มากที่สุด
- การปฏิบัติการพยาบาล	4.92	0.25	มากที่สุด
- การประเมินผล	4.92	0.28	มากที่สุด
คุณภาพโดยรวม	4.92	0.29	มากที่สุด
2. ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์รูปแบบฯ			
- รูปแบบมีความชัดเจน	4.91	0.29	มากที่สุด
- รูปแบบมีความทันสมัยและมีการใช้หลักฐานทางวิชาการ	4.95	0.21	มากที่สุด
- รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริง	5.00	0.00	มากที่สุด
- รูปแบบทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจ	4.91	0.29	มากที่สุด
- รูปแบบทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย	4.91	0.29	มากที่สุด
ภาพรวมท่านพึงพอใจต่อรูปแบบฯ	4.94	0.24	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาลเลิดสิน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค COVID-19 ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้แก่ การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ การบริหารยาต้านไวรัส การประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (spo_2) การจัดการและบรรเทาอาการรบกวนทางการพยาบาล 2) ด้านการนิเทศทางคลินิก มีการกำหนดประเด็นการนิเทศที่สอดคล้องตามแนวทางการพยาบาลฯ ใหม่ และเน้นการนิเทศที่เพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมขวัญกำลังใจแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน และ 3) ด้านการบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย การบันทึก 1) วินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคร่วม 3) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลด้านจิตใจ ซึ่งรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบมากขึ้น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้จริง เนื่องจากมีความชัดเจน ผู้ใช้มีความเข้าใจ มีการปฏิบัติการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน มีความต่อเนื่องในการพยาบาล และลดความเสี่ยงทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาพิมลพันธ์ เจริญศรี¹⁸ ที่ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าผลการพัฒนารูปแบบทำให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในระดับดี และคะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมและผู้ป่วยไม่มีอุบัติการณ์เสียชีวิต

2. ผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พบว่าผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในการติดเชื้อและ

แพร่กระจายเชื้ออย่างถูกต้อง 2) อัตราผู้ป่วยได้รับการเก็บสิ่งส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อด้วยเทคนิค RT-PCR / ATK อย่างถูกต้อง 3) อัตราผู้ป่วยได้รับการบริหารยาต้านไวรัสตามแนวทางที่กำหนด 4) อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและติดตามค่า SpO_2 ตามแนวทางการประเมิน 5) อัตราผู้ป่วยได้รับการจัดการและบรรเทาอาการรบกวนทางการพยาบาลสูงขึ้นทั้ง 5 ด้าน อธิบายได้ว่าเนื่องจากมีการปรับปรุงแนวทางการพยาบาลเฉพาะโรคให้ครอบคลุมครบถ้วนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในแต่ละขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ร่วมกับการกำหนดแนวทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรค ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ครบถ้วนตามปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วย สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในทีมได้อย่างต่อเนื่อง ง่ายในการปฏิบัติ และหัวหน้าหอผู้ป่วยก็มีแนวทางในการกำกับนิเทศทางคลินิกโดยใช้แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ร่วมกับการใช้แนวทางการนิเทศบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรค ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีการนิเทศการบันทึกและตรวจสอบคุณภาพการบันทึก ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการวางแผนการพยาบาลและการติดต่อสื่อสารของทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีข้อมูลที่มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19¹⁹ เนื่องจากการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยจริง ใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

ผลลัพธ์ด้านพยาบาลพบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกระดับมีการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งจำเป็นมากสำหรับโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของตรีธดา โตประเสริฐ²⁰ ที่พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญคือด้านความรู้ ส่วนการพัฒนาความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกในหัวหน้าหอผู้ป่วยจะทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของผู้นำทางพยาบาล และสามารถกำกับดูแลพยาบาลวิชาชีพให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา อังกูรและจุก สุวรรณโณ²¹ ที่พบว่าแนวทางการนิเทศทางคลินิกมีผลต่อสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกระบวนการนิเทศยังช่วยส่งเสริมขวัญกำลังใจ ลดความเครียด ความกังวลให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคระบาดได้อีกทางหนึ่ง เนื่องจากการระบาดของ COVID-19 ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีระดับความเครียดและความกังวลสูง²²

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ควรมีการส่งเสริมการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยในด้านการนิเทศทางคลินิกให้มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกการพยาบาลโรคอื่น ๆ ตามภารกิจขององค์กร และมีแผนพัฒนาความรู้ทักษะ การปฏิบัติและการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 เพื่อความพร้อมในการปฏิบัติงานในพยาบาลวิชาชีพที่จับใหม่

2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ผลการวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยกรณีมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้น

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย COVID-19 ในผู้ป่วยเด็ก และมีการศึกษาโดยการติดตามผลกระทบด้าน Long COVID-19 ในผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Coronavirus (COVID 19). 2564. เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2564. เข้าถึงได้จาก /<https://covid19.who.int/>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน COVID-19 ประจำวัน ข้อมูลประเทศไทย. 2564. เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564. เข้าถึงได้จาก /<https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อลดความรุนแรงและเสียชีวิตของกลุ่ม 608. เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม. 2565. เข้าถึงได้จาก /https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=32681
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19. 2564. เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์. 2565. เข้าถึงได้จาก /<https://ddc.moph.go.th/index.php>
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020; 395:497-506. 2020.7.
6. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรณษา รวมาลี, และสุวัชรียาใจ. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ coronavirus disease 2019 : รายงานผู้ป่วยเวชบันทึกศิริราช 2563;13(2): 155-163
7. WHO. Coronavirus (COVID 19). 2564. เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2564. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.who.int/>
8. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. Palliative Care in COVID-19 Pandemic. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา: 2563.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19. เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม.

2564. เข้าถึงได้จาก/ [https:// covid-19.Dms.go.th/Content/Select_Content_Gird_Home](https://covid-19.Dms.go.th/Content/Select_Content_Gird_Home)
10. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลเลิดสิน. สถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). 2564. (อัดสำเนา)
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ที่ 5. นนทบุรี: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด: 2564.
12. Proctor, B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. in fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001.
13. Linda.S. Smith. How to use Focus charting. Nursing 2000, 2002;30(5), 76-77
14. อรพันธ์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3) : 137-143
15. Mahdjoubi, D. Four Types of R&D. Austin, Texas: Research Associate, IC2Institute; 2009.
16. Krejcie, R. V. & Morgan, D.W. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement, 1970;30, 607-610
17. Bloom BS, Hasting JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill Book Co; 1971
18. พิมพ์พันธ์ เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. Journal of Nursing and Health Care. 2560; 35(3): 48-57
19. อารี ชิวเกษมสุข. การบันทึกทางการพยาบาลในยุคความปกติใหม่. วารสารแพทยนาวิ. 2564; 48(1): 184-198
20. ตรีญดา โตประเสริฐ. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2564;15(1) : 25-36
21. กรรณิกา อังกุลและจุ สวรรณโณ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- โรงพยาบาลหาดใหญ่. J Thai Stroke Soc. 2563; 19(3): 6-16
22. พรนิภา หาญละคร และคณะ. ความเครียด ความกังวลและผลกระทบของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(4): 488-494

การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง

บำรุง วงษ์นิยม, ส.ม.*

Received: 8 ส.ค.65

Revised: 18 ต.ค.65

Accepted: 20 ต.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อกลางด้านการสื่อสารสุขภาพที่สำคัญในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข แต่ยังคงขาดการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุปสรรคของการสื่อสารสุขภาพ อสม. อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี และเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอสม.

วิธีการศึกษา: ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research) พื้นที่วิจัยคืออำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และมีบุคลากรสาธารณสุขให้ความสนใจในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเรื่องการสื่อสารสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการปฏิบัติงานของ อสม. ดำเนินการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้จัดการเครือข่ายหน่วยบริการ และ อสม. ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม. ดำเนินการวิเคราะห์สภาพปัญหา และแนวทางดำเนินการโดยประชุมร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ผู้จัดการทีมเครือข่ายสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลผู้จัดการการดูแล และ อสม. ด้วยการวิเคราะห์ร่วมกันด้วยคำถาม 4W1H ระยะที่ 3 ขึ้นปฏิบัติตามแผน เพื่อสร้างสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม. โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี โดยมีการดำเนินงานตามแผนและประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม.

ผลการศึกษา: พบว่า จุดแข็งของ การทำงานด้านการสื่อสารด้านสุขภาพของ อสม. คือ อสม.เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจากพื้นที่มีการจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ อุปสรรคในการทำงานด้านการสื่อสารด้านสุขภาพของอสม.คือ อสม. ขาดทักษะที่จะทำให้ประชาชนนั้นเข้าใจ เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การป้องกันโรค และขาดแนวทางอบรมทักษะในการสื่อสารสุขภาพ สำหรับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพของอสม.ดำเนินการในกลุ่ม อสม. ที่ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และกำหนดให้ อสม. ที่ผ่านการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งกิจกรรมเน้นการฝึกทักษะและประเมินสมรรถนะของการสื่อสารสุขภาพภายหลังการปฏิบัติจริง ซึ่งรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพได้นำไปทดลองใช้ พบว่า ภายหลังผ่านการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพ อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีสมรรถนะด้านการสื่อสารทั้งด้านกระบวนการสื่อสารและการใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพของ อสม. ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคได้

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะ, การสื่อสารสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,กระบวนการมีส่วนร่วม

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

Development of Health Communication Competencies of Village Health Volunteers through the Participatory Process of Thawung District Health Network

Bumrung Wongnim, M.P.H.*

Abstract

Introduction: Village health volunteers (VHVs) are health communication channels in public health operation, but still lack health communication competencies. This study aimed to investigate obstacles to health communication of VHVs and develop a health communication competency model for VHVs.

Methods: This participatory action research was conducted in Thawung District, Lopburi Province, since this area was found to have participatory process in solving problems and health staffs who were interested in developing the competencies of VHVs. This study consisted of 3 phases: 1) an investigation of health communication problems in patients with chronic diseases through in-depth interviews with key informants including health network managers and VHVs, 2) the development of a health communication competency model by analyzing the problems and guidelines through discussion with researchers and stakeholders, such as health network managers, public health officers, nurse care managers, and VHVs, using 4W1H questions; and 3) the trial of the model involving VHVs with at least two years of experience in providing care for patients with chronic diseases following the operation plan and the evaluation of the effectiveness of the model.

Results: The results revealed that the strengths of VHVs in healthcare communication included their prioritization of providing care for patients with chronic diseases and their knowledge of providing care for patients with chronic diseases due to their frequent participation in training in providing care for patients with chronic diseases. However, their obstacles to health communication were lack of disseminating skills to make people understand and realize the importance of health practice, disease prevention and lack of health communication training. The health communication competency model could improve their health communication competency as the VHVs are required to participate at least one training program on caring for patients with chronic diseases. The model also emphasized skill practice and performance evaluation after skill practice. The result of the trial revealed that most VHVs significantly had higher health competency and skills after treated with the model.

Conclusion: The development of VHVs' health communication competency

Keywords: Competency development, Health communication, Village health volunteers (VHVs), Participatory process

*Lopburi Provincial Public Health Office

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปคือ อสม.กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มพัฒนาให้เกิด อสม. ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2520 จนถึงปัจจุบันเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการ “แก้ข่าวร้ายกระจายข่าวดี” ซึ่งบริการประสานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้วยความวิริยะอุตสาหะ¹ จากการทำงานอย่างต่อเนื่องยาวนานจนได้รับการยอมรับว่า อสม. เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน² อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขยังได้ชี้ชัดถึงความเกี่ยวข้องของ อสม.กับงานสื่อสารเพื่อพัฒนาสุขภาวะ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม. ไว้ว่า “มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุขการสื่อสารสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์ในการใช้กลวิธีการให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูล การโน้มน้าวชักจูงประชาชนให้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์ทางสุขภาพ ทำให้สาธารณสุขชนเกิดการรับรู้ ตระหนัก และเกิดทักษะ ความเชื่อมั่น ในการดูแลสุขภาพ^{3,4}

การปฏิบัติงานของ อสม.ตามบทบาทหน้าที่ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จึงมีหน้าที่พัฒนาสมรรถนะ อสม.ให้พร้อมในการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการศึกษาประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน⁵ พบว่า อสม.มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานคือการให้ความรู้ คำแนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพพื้นฐาน และบริการส่งยาแก่ผู้รับบริการที่บ้าน จะเห็นได้ว่าสมรรถนะดังกล่าวนี้เกิดจากการพัฒนาทางด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับจังหวัดลพบุรี อสม.มีความสามารถในการดูแล

ผู้ป่วยในชุมชนได้เช่นเดียวกัน แต่จากการทบทวนหลังการปฏิบัติงานของ อสม.พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร คือไม่สามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก จนเกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าสมรรถนะหลักที่จะช่วยในการสร้างสุขภาพของประชาชนนอกจากความรู้ของ อสม.แล้วการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะช่วยในการปรับเปลี่ยนสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความตระหนัก เปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจสู่การปฏิบัติ⁶ และจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาในชุมชน⁷และ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุข⁸ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของ อสม.⁹แต่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ด้านการสื่อสารยังมีน้อยมาก อีกทั้งการเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไปมีหลากหลายช่องทาง ดังนั้นการสร้างให้ อสม.มีเทคนิคในการโน้มน้าว หรือการทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพกับประชาชนทำให้ลดความเข้าใจที่บิดเบือนได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เห็นความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของ อสม.โดยให้ความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จึงได้คัดเลือกสนามวิจัยในพื้นที่อำเภอท่าม่วงซึ่งมีการใช้การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และมีบุคลากรที่เห็นปัญหาและความสำคัญในการพัฒนา ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพของ อสม. และต้องการสร้างแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำมาใช้ได้จริงในชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาดำเนินการพัฒนาแนวทางการสร้างสมรรถนะของ อสม.ด้านการสื่อสาร โดยใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วม และการพัฒนาครอบครัวการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของ อสม.ได้ดำเนินการดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุปสรรคของการสื่อสารสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัคร

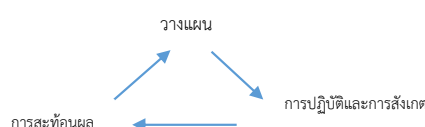
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี ดำเนินการวิจัยด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเรื่องการสื่อสารสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการปฏิบัติงานของ อสม.ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม.แบบมีส่วนร่วม และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการสื่อสารสุขภาพของ อสม.

ระยะที่ 1 ศึกษาอุปสรรคของการสื่อสารสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี
-แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)
-การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอสม. อำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี มี ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลระยะที่ 1 มาร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาสำคัญเพื่อจะใช่วางแผนการดำเนินงาน



ขั้นตอนที่ 2 การระดมสมองของผู้ร่วมวิจัย เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของ อสม.



ระยะที่ 3 ขึ้นปฏิบัติตามแผนเพื่อสร้างสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม.โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ประเมินการปฏิบัติด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่

- เชิงปริมาณ: ประเมินสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพของ อสม. ด้วยการประเมินสมรรถนะด้านกระบวนการสื่อสาร และ ด้านการใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ
- เชิงคุณภาพ: การสัมภาษณ์ อสม.ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมและได้ใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีส่วนร่วม ทำการศึกษาใช้ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ซึ่งผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการวิจัยคือพื้นที่อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี จากเหตุผล คือ ในกระบวนการพัฒนาที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ในการดำเนินการวิจัยนั้น เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนร่วม 2 ฝ่าย ซึ่งเป็น “คนนอก” กับ “คนใน” ดังนั้นจึงต้องแสวงหาความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและสร้างความคุ้นเคยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและการยอมรับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ทุกคน ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. เป็นอย่างดีดังนั้นจึงได้รับการยอมรับและความไว้วางใจ เข้าใจบริบทของพื้นที่ในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ในกระบวนการดำเนินวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดในการเก็บข้อมูล และการเลือกผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเรื่องการสื่อสารสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการปฏิบัติงานของ อสม. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 8 ราย ผู้ให้ข้อมูลรอง คือผู้จัดการทีมเครือข่ายสุขภาพ (NPCU) ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอท่าม่วงเป็นเวลา 5 ปี ทั้งหมด 4 เครือข่าย ได้แก่ ทีมเครือข่ายสุขภาพบางคู บางา บ้านเบิก และมุจลินท์ จำนวน 4 คน

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม.แบบมีส่วนร่วมในระบายนี้นดำเนินการวิจัยโดยการดำเนินการวิเคราะห์สภาพปัญหา และแนวทางดำเนินการโดยประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ตัวแทนจากผู้จัดการทีมเครือข่ายสุขภาพ (NPCU) ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอท่าม่วง นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลผู้จัดการดูแล (Case Manager: CM) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของพื้นที่เป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ร่วมกันด้วยคำถาม 4W1H จากนั้นนำข้อสรุปมาดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนจัดกิจกรรม (2) จัดเตรียมสื่ออุปกรณ์ และกลุ่มเป้าหมายผู้ร่วมกิจกรรม (3) นัดหมายการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ดำเนินการ

ระยะที่ 3 ขึ้นปฏิบัติตามแผน มีเป้าหมายเพื่อสร้างสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม. การวิจัยในระบายนี้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี โดยการดำเนินงานตามแผนและประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม.

เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ

ระยะที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Structured Interview) โครงสร้างคำถามประกอบด้วยลักษณะการสื่อสารสุขภาพที่อสม.ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แก่ไขจนทุกข้อมีค่ามากกว่า .5

ระยะที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โครงสร้างคำถามเพื่อใช้ในการ

วิเคราะห์สภาพปัญหา และแนวทางดำเนินการ ประกอบด้วยคำถาม 4W1H ได้แก่ What อสม. ควรได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสาร สุขภาพเรื่องอะไร Who อสม.กลุ่มใดที่จะเข้าร่วม กิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสาร สุขภาพ How ลักษณะหรือรูปแบบกิจกรรมที่มี ลำดับความสำคัญในการดำเนินการควรเป็น อย่างไร Where สถานที่สำหรับจัดกิจกรรมควร เป็นที่ใด และWhen ควรจัดกิจกรรมการสร้าง เสริมสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพเมื่อไหร่

ระยะที่ 3 เป็นการนำกิจกรรมของรูปแบบ ที่ได้รับการพัฒนาจากการระดมสมองของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย มาใช้ในการทดลองใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมสื่อสารด้านสุขภาพ ของ อสม.ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการ พัฒนาการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสาร ด้านสุขภาพ เป็นชุดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ 4 หน่วยการเรียนรู้ระยะเวลาการอบรม 8 ชั่วโมง ดังตารางที่ 2

2) แบบประเมินสมรรถนะการสื่อสาร ด้านสุขภาพของ อสม. จำนวน 27 ข้อ เป็นการ ประเมินสมรรถนะด้าน ด้านกระบวนการสื่อสาร และด้านการใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพ มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยผู้ตอบเลือกตอบโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ (ปฏิบัติงานอยู่ในระดับเป็นประจำ ปฏิบัติ บ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคยมีการปฏิบัติเลย)

การตรวจสอบเครื่องมือ ตรวจสอบความ เทียงตรง (Validity) ด้วยค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (Index of item objective congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านทุกข้อมีค่ามากกว่า .5 จากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยนำไปทดลองกับ อสม.

จำนวน 30 คน ที่จังหวัดสิงห์บุรี ตรวจสอบด้วย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86

การรับรองจริยธรรม การวิจัยนี้ได้ผ่านการ พิจารณาอนุมัติจากการวิจัยนี้ได้ผ่านการ พิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์จังหวัดลพบุรี หมายเลข LBEC 2/2565.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีกระบวนการ การเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัย ประสานพื้นที่สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอท่าม่วง เพื่อดำเนินการวิจัย และ ค้นหาผู้ร่วมวิจัยในกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จากนั้นจัดการประชุมชี้แจงผู้ร่วมวิจัย ถึงขอบเขต การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันศึกษา อุปสรรคของการสื่อสารสุขภาพการปฏิบัติงาน ของ อสม.และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่ ขั้นตอนของการพัฒนา

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันระดม สมองเพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาความสามารถ ของ อสม. ด้านการสื่อสารสุขภาพ และร่วมร่าง กิจกรรมและแบบฝึกปฏิบัติในห้องเรียนและแบบ ฝึกในชุมชน และนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงความเหมาะสม ของรูปแบบกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับ กลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

4. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจัดกิจกรรมตาม โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน โดยคัดเลือก อสม.ในอำเภอท่าม่วงที่มี ประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 20 คน เข้าร่วมโปรแกรมฯ และประเมินผลตาม โปรแกรมฯ โดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะการ สื่อสารด้านสุขภาพของ อสม.ก่อนและหลังการ

เข้าร่วมกิจกรรมและการสัมภาษณ์เพื่อการสะท้อนผล
หลังการฝึกปฏิบัติในชุมชน ดังนี้

O1X1	X2	X3	X4	P		O2
Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7

หมายเหตุ

O1	หมายถึง ประเมินสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพของอสม. ก่อนเริ่มโปรแกรม	O2	หมายถึง ประเมินสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพของ อสม. หลังนำทักษะไปใช้ปฏิบัติจริง
X1-X4	หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม	P	หมายถึง การนำทักษะไปใช้ปฏิบัติจริง

ระยะเวลา เดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใน
ระยะที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิง
ลึกวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
เพื่อหาข้อสรุปของประเด็นหลัก

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใน
ระยะที่ 3 เป็นข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้
โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านได้แก่

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะ
ของกลุ่มอสม. และข้อมูลพื้นฐานของสมรรถนะ
การสื่อสารด้านสุขภาพด้วยการแจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 การวิเคราะห์ผลของการทดลอง
ใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ด้วยการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านการ
สื่อสารสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
ด้วยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่ม
ตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 3 ระยะ
สามารถสรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเรื่องการ
สื่อสารสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยจากการ
ปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอท่าม่วง จังหวัด
ลพบุรี ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้จัดการทีม
เครือข่ายสุขภาพ (NPCU) และประธาน อสม. ทีม
เครือข่ายสุขภาพ (NPCU) พอสรุปได้ดังนี้

1) อสม. เห็นความสำคัญในการดูแล
สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อสม. เป็นสื่อบุคคล
ที่ได้รับความไว้วางใจจากเจ้าหน้าที่ว่าจะเป็นผู้ส่ง
สารที่น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับหน้าที่คือการแจ้ง
ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้สุขภาพ ทั้งนี้พบว่า
อสม. มีความตระหนักในการสื่อสารสุขภาพ เห็น
ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน
ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้การสื่อสารที่ดีที่สุด รวดเร็ว
ที่สุดที่จะนำความรู้หรือการปฏิบัติไปสู่คนใน
ชุมชนได้ดีที่สุดคือ อสม. ยิ่งในสถานการณ์โรค
ระบาดนี้ด้วยเขาจะเป็นสื่อที่ดีที่สุด” ผู้จัดการ ก.

“อสม. ทำหน้าที่ส่งข่าวเหมือนกับ
สื่อมวลชนโดยทั่วไป แต่ความแตกต่างตรงที่ว่า

เขาลงมือปฏิบัติด้วยทำให้สื่อที่เป็นตัวเขายังมีประสิทธิภาพมากขึ้น” ผู้จัดการ ข.

“หมอคงไว้ใจพวกเราที่สุดค่ะ เราจะต้องนำสิ่งที่นโยบายนี้ไปบอกคนในชุมชนซึ่งไม่ใช่ใครเป็นพี่น้องของเราเอง เราก็ต้องพยายามบอกในสิ่งที่ถูกต้อง” อสม.1

“ที่ผ่านมา เราให้คำแนะนำกับผู้ป่วยซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ควบคุมโรคได้” อสม.3

2) อสม.มีความรู้และผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาและจากข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขพบว่า อสม.ใหม่จะต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ประกอบด้วย การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตชุมชน การให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภค และงานสมุนไพรมะเร็งจะมีการทบทวนความรู้ที่จะต้องทำตามปฏิบัติการทำงานประจำ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและวิธีการคัดกรอง เช่น การวัดความดันโลหิตและการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนที่พี่เข้ามาเป็น อสม.ครั้งแรกต้องผ่านการอบรมมาก่อน ไม่งั้นมาทำงานในหมู่บ้านไม่ได้ละ” อสม. 2

“ที่ในพื้นที่เรานี้ ก็จะมีการจัดอบรมให้ทั้ง อสม.ที่จะมาทดแทนใหม่ และทบทวนความรู้เต็มรูปแบบปีละ 1 ครั้ง” ผู้จัดการ ค

“การอบรมความรู้ มีตลอดนะคะ ประชุมทุกครั้ง ที่อื่นๆก็มาเอาเราไปอบรม รู้ไปทุกเรื่องทั้งดูแลสุขภาพ และเรื่องเกษตรปลอดสารเอามาใช้ร่วมกันได้” อสม.4

3) อสม.ขาดทักษะที่จะทำให้ประชาชนนั้นเข้าใจ เห็นความสำคัญในการปฏิบัติด้านสุขภาพ การป้องกันโรค ปัญหา

อุปสรรคในการสื่อสารด้านสุขภาพ จากการปฏิบัติงานของ อสม.และมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นการถ่ายทอดความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมไปสู่ประชาชนในชุมชนในเขตรับผิดชอบของตนเอง พบว่า อสม.ขาดทักษะวิธีการที่จะทำให้ประชาชนนั้นเข้าใจ เห็นความสำคัญในการปฏิบัติด้านสุขภาพ การป้องกันโรคตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดดังกล่าวที่ว่า

“บางครั้งรู้สึกว่ายากเหมือนกันนะคะที่จะทำให้เขาฟังและปฏิบัติตามที่เราบอก เราก็ไม่ใช่เจ้าหน้าที่แต่เขาก็ฟังเรานั้นแหละ แต่ถ้ามีวิธีการที่ทำให้เขาบอกมาว่าเขาปฏิบัติอย่างไรก็จะดี” อสม.5

“บางครั้งถ้า อสม.ไม่พูดคุยแล้วประชาชนยังไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง เช่น การดูแลเรื่องลูกน้ำยุงลายในบ้าน เราก็ต้องไปทักๆที่งานมันรอบด้าน” ผู้จัดการ ก

“เราไม่สามารถโน้มน้าวให้เขามีพฤติกรรมที่ดีได้ต่อเนื่อง บางครั้งมีสิ่งล่อใจ เขาก็คุมตัวเองไม่ได้เลย” อสม.7

4) ขาดแนวทางอบรมทักษะในการสื่อสารสุขภาพ พบว่า ในพื้นที่ยังไม่มีมีการอบรมพัฒนาโดยตรง เพียงแต่สอดแทรกไปกับการอบรมความรู้ในแต่ละเรื่องว่า อสม.จะไปสื่อสารอย่างไร สื่อสารอะไรบ้างให้กับประชาชนตามภารกิจที่บุคลากรสาธารณสุขกำหนด และอยากให้มีการฝึกปฏิบัติก่อนไปปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ดังคำกล่าว

“ถ้าเรื่องการสื่อสารโดยตรงเลยจะไม่เคยจัดทำหลักสูตรในการพัฒนา อสม.มีแต่บอกไปว่าต้องการให้เขาสื่อสารอะไรและดำเนินการอะไร” ผู้จัดการ ข

“อยากให้จัดอบรมนะคะ เพื่อจะพูดรู้เรื่องมากขึ้น หรือมีเทคนิคมาเพิ่มขึ้นเพื่อให้คนในหมู่บ้านเห็นความสำคัญในการดูแลตัวเอง” อสม. 4

“ที่หนูเคยไปอบรม CG มานะ เขามีให้ฝึกคุณนะแต่เป็นเรื่องให้คำปรึกษาหนูว่าดีนะ เวลานำไปใช้จริงกับคนที่เราดูแลได้มั่นใจ” อสม. 6

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) นำข้อมูล

ระยะที่ 1 มาร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาสำคัญเพื่อจะใช้วางแผนการดำเนินงาน 2) การระดมสมองเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม. ด้วยคำถาม 4W1H ได้ข้อสรุปดังตารางที่ 1 และ 2

ตาราง 1 ข้อสรุปจากการระดมสมองด้วยคำถาม 4W1H

คำถาม 4W1H	ข้อสรุปจากการระดมสมอง
What อสม.ควรได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพเรื่องอะไร	ต้องการเสริมทักษะเกี่ยวกับการแนะนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดความคิดเชิงวิเคราะห์ในการดูแลตนเอง ดังแสดงในตาราง 2
Who อสม.กลุ่มใดที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพ	กลุ่ม อสม.ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากพื้นที่ทำงู้งมีการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพไม่ใช่ระยะเวลายาวนานและ ไม่ซ้ำซ้อนกับกิจกรรมอื่นๆ
How ลักษณะหรือรูปแบบกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญในการดำเนินการควรเป็นอย่างไร	ควรเป็นกรณีศึกษาปฏิบัติจริง ไม่ต้องการเพียงการบรรยาย การฝึกอบรมไม่ยาวนานเกินไป เช่นไม่เกิน 2 ครั้ง
Where สถานที่สำหรับจัดกิจกรรมควรเป็นที่ใด	จัดที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือในรูปแบบออนไลน์
When ควรจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพเมื่อไหร่	ควรจัดกิจกรรมเพื่อให้ อสม. ผ่านการอบรมอย่างน้อย 1 ครั้ง

ตาราง 2 รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของ อสม.

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมายของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ	แนวคิดที่ใช้/วัตถุประสงค์ของแนวคิด	วิธีดำเนินกิจกรรม
กิจกรรมประสบการณ์การสื่อสาร	1. เพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองเรื่องของการสื่อสาร	เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนเรื่องการสื่อสารเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา กิจกรรม - การสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย - สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารระหว่าง อสม.กับ ผู้ป่วย	การได้รับการสื่อสารชักจูงใจด้วยคำพูด (verbal persuasion)	- การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) - การระดมสมอง
	2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกำหนดเป้าหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยเอง	1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการตั้งเป้าหมายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรม - ให้ อสม.ตั้งความคาดหวังจากการอบรมและกระตุ้นให้มั่นใจว่า อสม. มีศักยภาพ	การได้รับการสื่อสารชักจูงใจด้วยคำพูด (verbal persuasion)	-การตอบคำถาม
กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เรื่องการสื่อสารด้านสุขภาพ และมีทักษะในการปฏิบัติด้านการสื่อสาร	1.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และเข้าใจวิธีการสื่อสารด้านสุขภาพและการใช้เทคนิคในการสื่อสาร กิจกรรม -ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - ฝึกปฏิบัติในการใช้การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำถาม 3 ข้อ (ask me 3) และเทคนิคการสอนกลับ 2.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกทักษะในการสื่อสารด้านสุขภาพ (ผู้ส่งสาร/เนื้อหา/ผู้รับสาร) กิจกรรม ฝึกปฏิบัติในห้องในการสื่อสาร โดยจับคู่การฝึกเทคนิคและให้แบ่งบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติและผู้ประเมิน	-การให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (modeling) -การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishments)	- การบรรยาย -วิธีทัศนเทคนิคการสื่อสาร -การสอบถาม - การสังเกต -การฝึกปฏิบัติ

ตาราง 2 (ต่อ) รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนาศรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของ อสม.

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมายของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ	แนวคิดที่ใช้/ วัตถุประสงค์ของแนวคิด	วิธีดำเนินการกิจกรรม
		3.ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกประเมินผลการปฏิบัติและฝึกการประเมินจากคู่มือปฏิบัติ กิจกรรม ให้ผู้ประเมินจุดเด่นและจุดที่ต้องปรับปรุงตามแบบประเมิน		
กิจกรรมการฝึกประสบการณ์การสื่อสารสุขภาพ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับรู้ความสามารถของตนเองในการสื่อสารสุขภาพกับผู้ป่วยในชุมชน	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกประสบการณ์การสื่อสารสุขภาพกับผู้ป่วยในชุมชน กิจกรรม ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติในชุมชนกับผู้ป่วย จำนวน 2 ราย และประเมินผลการปฏิบัติจากคู่มือปฏิบัติ	การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishments)	-การฝึกปฏิบัติ -การแสดงความคิดเห็น
กิจกรรมการสะท้อนผลหลังการฝึกปฏิบัติ	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนบทเรียนให้กำลังใจการปฏิบัติงาน	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนบทเรียน ให้กำลังใจการปฏิบัติงาน กิจกรรม ให้ อสม.ทุกคนได้เล่าถึงการสื่อสารสุขภาพและเทคนิคที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ และให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน	การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (emotional arousal)	-การนำเสนอผลงาน -การแสดงความคิดเห็น

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นปฏิบัติตามแผน โดยทดลองใช้แนวทางการสื่อสารสุขภาพของ อสม. โดยคัดเลือก อสม.อำเภอท่าเรือ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 58 ปี สถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 57.14 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.33 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 28.57 มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เฉลี่ย 16 ปี

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของอสม. ด้านกระบวนการสื่อสารระหว่างก่อนและหลังจำแนกรายด้านด้วยการวิเคราะห์สถิติ Pair t- test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		MD	SD	t-test	p
	M	SD	M	SD				
ด้านผู้ส่งสาร								
ช่วงคะแนน 5 - 25 คะแนน	19.29	3.98	20.67	2.35	1.38	2.48	2.552*	.019
ด้านการออกแบบเนื้อหาสาร								
ช่วงคะแนน 6 - 30 คะแนน	21.19	4.51	22.86	2.54	1.67	2.73	2.801*	.011
ด้านการใช้สื่อและช่องทางการสื่อสาร								
ช่วงคะแนน 4 - 20 คะแนน	14.90	3.37	15.67	2.27	0.76	1.58	2.212*	.039
ด้านผู้รับสาร								
ช่วงคะแนน 4 - 20 คะแนน	15.10	3.79	16.05	2.25	0.95	2.01	2.169*	.042
ภาพรวม พฤติกรรมการสื่อสารด้าน								
สุขภาพด้านกระบวนการสื่อสาร	70.48	14.05	75.24	7.68	4.76	7.56	2.888*	.009
ช่วงคะแนน 19 - 95 คะแนน								

จากตาราง 3 สมรรถนะการสื่อสาร
สุขภาพของ อสม.ด้านกระบวนการสื่อสารพบว่า
หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านผู้ส่งสาร ด้าน
การออกแบบเนื้อหาสาร ด้านการใช้สื่อและ
ช่องทางการสื่อสาร ด้านผู้รับสาร สูงขึ้นเมื่อเทียบ

กับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 และภาพรวมด้านกระบวนการ
สื่อสารมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสื่อสาร
ด้านสุขภาพสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสื่อสารสุขภาพด้านการใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพ
ระหว่างก่อนและหลังจำแนกรายด้าน ด้วยการวิเคราะห์สถิติ Pair t- test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		MD	SD	t-test	p
	M	SD	M	SD				
การใช้ทักษะการฟัง	22.86	5.08	23.86	3.37	1.00	2.39	1.919	.069
ช่วงคะแนน 6 - 30 คะแนน								
การใช้ทักษะการอ่าน	11.62	2.92	12.29	1.85	0.67	1.43	2.142*	.045
ช่วงคะแนน 3 - 15 คะแนน								
การใช้ทักษะการพูด	27.10	6.05	28.90	3.94	1.80	3.01	2.755*	.012
ช่วงคะแนน 7 - 35 คะแนน								
การใช้ทักษะการให้คำแนะนำ	17.81	4.56	19.86	2.37	2.05	3.44	2.726*	.013
ช่วงคะแนน 5 - 25 คะแนน								
การใช้ทักษะการโน้มน้าว	10.86	2.74	11.33	2.03	0.48	1.03	2.118*	.047
ช่วงคะแนน 3 - 15 คะแนน								
ภาพรวมพฤติกรรมสื่อสาร								
สุขภาพด้านการใช้ทักษะการ	90.24	19.59	96.24	11.27	6.00	10.49	2.622*	.016
สื่อสารสุขภาพ								
ช่วงคะแนน 24 - 120 คะแนน								

จากตาราง 4 สมรรถนะการสื่อสาร
สุขภาพของ อสม.ด้านการใช้ทักษะการสื่อสาร
สุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้ทักษะการ
อ่านการใช้ทักษะการพูด การใช้ทักษะการให้
คำแนะนำ การใช้ทักษะการโน้มน้าวสูงขึ้นเมื่อ
เทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 แต่พบว่า การใช้ทักษะการฟัง
คะแนนเฉลี่ยเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองไม่มี
ความแตกต่างกัน ส่วนภาพรวมด้านด้านการใช้
ทักษะการสื่อสารสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนน
พฤติกรรมสื่อสารด้านสุขภาพสูงขึ้นเมื่อเทียบ
กับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05

หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม ฯ สรุป
กิจกรรมด้วยการสะท้อนผลหลังการฝึก
ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบการสะท้อนผล
การปฏิบัติดังนี้

1.อสม.สามารถนำเทคนิคในการสื่อสาร
ไปใช้กับผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่วนใหญ่ใช้ทักษะ
3 คำถาม (Ask me 3) อสม.ที่ทำหน้าที่ประเมิน
สามารถแสดงความคิดเห็นถึงทักษะที่เหมาะสม
ควรใช้การฟังอย่างตั้งใจ และการซักถามเพื่อให้
ได้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

2.กิจกรรมแลกเปลี่ยนการฝึกปฏิบัติงาน
ทำให้ได้เรียนรู้วิธีการใช้เทคนิคของผู้อื่นสามารถ
นำไปปฏิบัติเมื่อมีการพูดคุยกับผู้ป่วยอีกครั้ง

3.อุปสรรคในการใช้เทคนิคการสอนกลับกับผู้ป่วย คือความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในโรคที่ซับซ้อน เช่นโรคไตเสื่อม ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ทันที ควรมีการเพิ่มเติมด้วยการให้ความรู้เรื่องเรื่องการปฏิบัติตัวในโรคที่ซับซ้อนซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

4.การสนับสนุนในการดำเนินงานในชุมชนต่อเนื่องคือ การทบทวนความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปัญหาสุขภาพในพื้นที่

สรุป

การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพของ อสม.ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคได้

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลผู้วิจัย อภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1.ศึกษาสภาพปัญหาเรื่องการสื่อสารสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยจากการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า ยังขาดทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน การศึกษาข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยศึกษาจากแหล่งข้อมูลความรู้และการสัมภาษณ์ในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและของ อสม.ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ข้อมูลที่ได้จึงสะท้อนให้เห็นแนวทางในวงรอบต่อไปของการพัฒนาแนวทางให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่ม อสม.ในพื้นที่ ขั้นตอนการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชน¹⁰ โดยขั้นตอนแรกในการศึกษาชุมชนคือการหาข้อมูลของชุมชนด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การศึกษาจากเอกสาร เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวิเคราะห์ชุมชน เป็นการนำข้อมูลที่ได้

จากการศึกษาชุมชนในขั้นตอนแรกวิเคราะห์ในลักษณะของการแจกแจงและจัดหมวดหมู่ตามประเภทของข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาให้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิพงษ์ ภาคทอง¹¹ ในเรื่องของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจังหวัดอุบลราชธานีที่ใช้การศึกษาสภาพปัจจุบัน การศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจนได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.

2.พัฒนาแนวทางการสร้างสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี โดยการระดมสมองของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกันโดยนักวิชาการจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นหลักวิธีการตามแนวคิดทฤษฎี พยาบาลและ อสม.สามารถแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมตามหลักการทางวิชาการ เพื่อให้สอดคล้องกับการนำไปใช้จริงและผู้เข้าร่วมกิจกรรมสนุกกับการเรียนรู้และสามารถเพิ่มความสามารถของ อสม.ได้ และการออกแบบการประเมินผลกิจกรรมเพื่อการพัฒนาต่อไปได้ โดยกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันแสดงความคิดเห็นคือ การเรียนรู้ภาคทฤษฎี การฝึกปฏิบัติในห้องเรียนและการฝึกปฏิบัติในชุมชน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับการสร้างความสนุกสนานในการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา¹² สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ พันเต็ม¹³ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบลของจังหวัดอุดรธานี ที่ใช้แนวคิดของแบนดูราใช้ในการสร้างกิจกรรมส่งผลให้ อสม.ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้น

3. การประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพ พบว่า โปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการฝึกอบรมและเป็นผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสร้างสมรรถนะของตนเอง พบว่าสามารถสร้างสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพได้ทั้งด้านกระบวนการสื่อสาร และด้านการใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของปณพัทธ์ พงษ์พุทธรักษ์¹⁴ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาที่พบว่าความสามารถด้านการสื่อสารโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากและสิ่งที่ อสม. มีความสามารถเพิ่มขึ้นหลังการอบรมคือเรื่องแรงจูงใจในการสื่อสาร ด้านทักษะการสื่อสารและด้านความรู้ทางกระบวนการสื่อสาร อีกส่วนหนึ่ง อสม. อำเภอท่าม่วง มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 16 ปี แสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มีความรู้จากการปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพในชุมชนถือว่าเป็นทุนเดิมของ อสม. ส่วนทักษะย่อยในการสื่อสารด้านสุขภาพพบว่าทักษะการฟังมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสื่อสารไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับก่อนฝึกอบรม แต่ก็มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่าการฝึกหัดในทักษะการฟังยังมีน้อยเกินไปในการพัฒนา ส่วนเน้นในการพัฒนาเทคนิคที่จะช่วยในการสื่อสารทำให้การพูดคุยกับผู้ป่วยจะขาดความตั้งใจ ดังนั้นมีความสอดคล้องกับการสะท้อนผลหลังการฝึกปฏิบัติในชุมชนที่ต้องเพิ่มทักษะการฟังให้มากขึ้นเพื่อจะรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

โปรแกรมการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของ อสม. ที่พัฒนาขึ้นมาสามารถนำไปปรับใช้ให้มีความสอดคล้องกับบริบท รวมถึงการศึกษาและทำความเข้าใจ ขั้นตอนการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้วิธีการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพัฒนาหลักสูตรการสื่อสารด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและการผลิตเป็นคู่มือเพื่อใช้ในการพัฒนา อสม. ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน. 2550
- วินัย แก้วพรหม. ความคาดหวังต่อบทบาทและการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามทัศนะของประชาชนในตำบลโพธิ์ไทยอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์จำกัด; 2547.
- วาสนา จันทรสว่าง. การสื่อสารสุขภาพ: กลยุทธ์ในงานสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2550.
- สุวิทย์ นักรู้ กำพลพัฒน์ นิชนันท์ สุวรรณภูมิและอมรรัตน์ นธะสนธิ์. ศึกษาประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2558; 21:103-109.
- Kreps, Gary L., & Thornton, Barbara C. Health Communication: Theory & Practice. 2nd ed. Illinois: Waveland Press; 1992.

7. ชนิตา เตชะปัน. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงาน ด้านสุขศึกษาในชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
8. ยุพา พูลสวัสดิ์. โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
9. กฤษภากร เจริญสุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลเมืองสิงห์บุรีทจ.สิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2564;30:72-90.
10. สมใจ วินิจกุล. อนามัยชุมชน: กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พันนี้พับลิชชิง ; 2550.
11. สุทธิพงษ์ ภาคทอง. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยแลพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13:492-501.
12. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
13. ชูชาติ ผืนเต็ม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบลของจังหวัดอุดรดิตถ์. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุดรดิตถ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์; 2565.
14. ปณพักตร์ พงษ์พุทธรักษ์,สุวิมล ตั้งประเสริฐ,นุชตรี ยา ผลพานิชย์,ปิยะมาศ สุรภาพพิศิษฐ์,เมธี กิรติอุไร, นิรวิทย์เพียรราษฎร์และคณะ. การพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

ประหยัด แจ่มแสง พย.บ.*

Received: 5 ต.ค.65

Revised: 8 พ.ย.65

Accepted: 9 พ.ย.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ระดับของทัศนคติ และความสัมพันธระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่าย อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอหนองขาหย่าง จำนวน 281 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความรู้ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามทัศนคติด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับของความรู้อยู่ในระดับสูง มีระดับของทัศนคติอยู่ในระดับสูง และปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่าย อำเภอหนองขาหย่าง ($r = 0.262$, $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง

สรุป: ผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับสูง ซึ่งผลการศึกษาที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไปวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรม, ระดับน้ำตาลในเลือด

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองขาหย่าง

Factors Related to Glycemic Control Behavior of Patients with Diabetes in Nong Khayang District Network, Uthai Thani Province

Prayad Changsang, B.N.S*

Abstract

Introduction: This research is a quantitative study. Its purpose was to explore the knowledge, the attitude, the relationship between knowledge and attitude, and the glycemic control behavior of diabetic patients in Nong KhaYang District Network, Uthai Thani Province. The samples consisted of 281 diabetic patients living in Nong Khayang District. The instrument used in the study was a questionnaire on personal profile, a questionnaire on knowledge of diabetes and glycemic control, a questionnaire on glycemic control attitude, and a questionnaire on glycemic control behavior to investigate the relationship among factors including knowledge, attitude, and glycemic control behaviors using descriptive statistics and Pearson's coefficient.

Results: The research found that patients with diabetes had a high level of knowledge and attitude. Knowledge was found to be associated with glycemic control behavior ($r = 0.262$, $p\text{-value} < 0.05$). Attitude had no relationship with glycemic control behavior.

Conclusion: The glycemic control behavior of diabetic patients in Nong Khayang District Network, Uthai Thani Province, who were knowledgeable about diabetes and glycemic control was high. The results of this study can be used by nurses and health workers as a guideline for health care planning to provide care for diabetic patients more effectively.

Keywords: Diabetes, Knowledge, Attitude, Behavior, Blood sugar levels

*Nursing group, Nongkhayang Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่สำคัญมากทางระบาดวิทยา ซึ่งทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ทั้งนี้ พบว่าประชากรไทยทุก ๆ 100 คน จะมีผู้เป็นเบาหวานถึง 6 คน และสำหรับประเทศไทยและประเทศทางเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 99 เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 หรือเบาหวานที่พบในผู้ใหญ่และไม่มีแนวโน้มในการเกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) ในขณะที่ประเทศทางยุโรปและอเมริกามีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 เพียงร้อยละ 85 เท่านั้น (ความรู้เรื่องเบาหวาน, หน้า 19)

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 3.2 ล้านคน ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ (ประเด็นสารวันเบาหวานโลก กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำหนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, หน้า 1)

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ในด้านอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรในเขตอำเภอหนองขาหย่าง พบว่า มีจำนวนมากถึง 947 คน จากประชากร 9,910 คน คิดเป็นร้อยละ 9.55 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี และจากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองขาหย่าง พบว่าในปี 2563, 2564, 2565 มีจำนวนเท่ากับ 3,932, 3,964, 3,919 ครั้งต่อปี ตามลำดับ มูลค่าการใช้จ่ายในกลุ่มยารักษาโรคเบาหวานในปี 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 225,200, 234,020, 233,080 บาท ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มที่จะใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความสำคัญในการวางแผนให้การรักษาโรคดังกล่าว และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี” เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผนและดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต

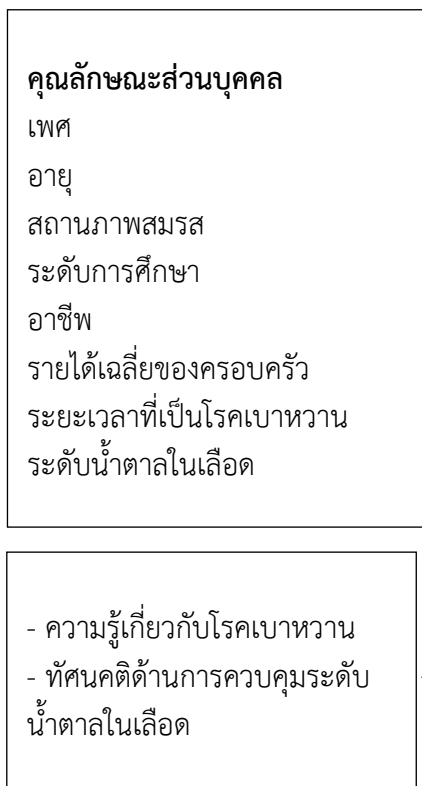
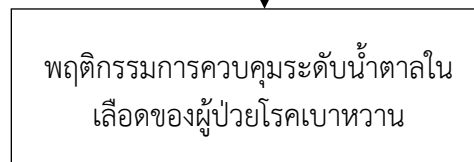
วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ระดับของทัศนคติ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวานและ

สามารถส่งเสริมแนวทางการดูแลตนเองให้ถูกต้องได้ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ จึงเป็นที่มาของการออกแบบแนวคิดการศึกษาในครั้งนี้

ตัวแปรต้น**ตัวแปรตาม****วิธีการวิจัย****ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอหนองขาหย่าง จำนวน 9,910 คน **กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ที่คำนวณได้จากสูตรของ Yamane จำนวน 281 คน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 7 มิถุนายน 2565 – 31 กรกฎาคม 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่

ในเขตอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวานและความรู้ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน อาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีการให้คะแนนระดับความรู้ ดังนี้ ใช่ = 1 คะแนน ถ้าไม่ใช่/ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน โดยการแปลผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 61 – 79) และระดับสูง (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติทางด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ทัศนคติเกี่ยวกับการรักษา การดูแลตนเอง การใช้ยา การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ เริ่มตั้งแต่คะแนน 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) จนถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) โดยการแปลผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ โดยมีการให้คะแนนระดับความรู้ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง/ปฏิบัติบางครั้ง = 1 คะแนน ถ้าไม่เคยปฏิบัติเลย = 0 คะแนน โดยการแปลผลเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง

ร้อยละ 61 – 79) และระดับสูง (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาวิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์มหาวิทยาลัย 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมความเหมาะสมของเนื้อหาแบบสอบถาม รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, [CVI]) จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสม ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.82

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้ศึกษาวิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและคุณสมบัติก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลจากการทดลองมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคไม่ต่ำกว่า 0.7 ถือว่าเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนและแผนการดำเนินการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตในการทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในเขตจังหวัดอุทัยธานี จากโรงพยาบาลหนองขาหย่างถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เพื่อขอทดสอบ

เครื่องมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอหนองขาหย่าง

2. ผู้ศึกษาอธิบายโครงการวิจัยและแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเห็นดียินยอมก่อนเก็บข้อมูล

3. ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้การอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้ระยะเวลาในการสอบถามเฉลี่ยคนละ 10 นาที

4. นำแบบสอบถามที่ได้ไปบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยนำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มที่จะศึกษา

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตามหนังสือที่ อน 0033.003/4389 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 แล้วผู้วิจัยจึงนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองขาหย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจง กับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อมูล ด้วยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

มีจำนวน 281 คน เป็น เพศหญิง จำนวน 201 คน (ร้อยละ 71.50) มากกว่า เพศชาย จำนวน 80 คน (ร้อยละ 28.50) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 64.32 ปี (SD 11.63) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 190 คน (ร้อยละ 67.60) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาประถมศึกษา จำนวน 219 คน (ร้อยละ

77.90) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 141 คน (ร้อยละ 50.20) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 6,210.68 บาท (S.D. = 8,126.16) ส่วนใหญ่มี ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 151 คน (ร้อยละ 53.75) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=281)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน) (n=281)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	28.50
	หญิง	201	71.50
อายุ (ปี)	< 60	98	34.88
	60 – 80	157	55.87
	> 80	26	9.25
	Mean = 64.32, S.D. = 11.63		
	Min = 39 ปี, Max = 98 ปี		
สถานภาพสมรส	โสด	21	7.50
	สมรส	190	67.60
	หม้าย	59	21.00
	หย่าร้าง	7	2.50
	แยกกันอยู่	4	1.40
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	219	77.90
	มัธยมศึกษา	44	15.70
	อนุปริญญา	5	1.80
	ปริญญาตรี	10	3.60
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.70
	อื่น ๆ	1	0.40
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	141	50.20
	รับราชการ	8	2.80
	ค้าขาย	11	3.90
	รับจ้างทั่วไป	59	21.10

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=281)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)(n=281)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 20,400	263	93.61
20,400 – 40,200	15	5.33
> 40,200	3	1.06
Mean = 6,210.68, S.D. = 8,126.16		
Min = 600, Max = 60,000		
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน		
< 10	151	53.75
10 - 20	117	41.63
> 20	13	4.62
Mean = 8.96, S.D. = 6.30		
Min = 1, Max = 30		
ระดับน้ำตาลในเลือดในวันที่ตอบแบบสอบถาม		
< 162	208	74.02
162 - 257	70	24.91
> 257	3	1.07
Mean = 143.58, S.D. = 36.57		
Min = 67, Max = 351		

ระดับปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง (n=281) พบว่า ระดับปัจจัยความรู้ในภาพรวมซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้ด้านโรคเบาหวาน และ

ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับสูง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 51.96) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 125 คน (ร้อยละ 44.48) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.79 ($X = 16.79$, $S.D. = 3.92$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง (n=281)

ปัจจัยด้านความรู้	ระดับปัจจัยด้านความรู้						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ด้านโรคเบาหวาน	60	21.35	195	69.39	26	9.26	10.32	2.74
ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	156	55.51	108	38.43	17	6.06	6.47	1.75
ภาพรวมของปัจจัยด้านความรู้	146	51.96	125	44.48	10	3.56	16.79	3.92

ระดับปัจจัยทัศนคติทางด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง (n=281) พบว่าระดับปัจจัยทัศนคติในภาพรวม อยู่ในระดับสูง จำนวน 183 คน (ร้อยละ 65.12) รองลงมาอยู่ใน

ระดับปานกลาง จำนวน 76 คน (ร้อยละ 27.05) โดยมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.54 ($X = 75.54$, $S.D.=17.09$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยทัศนคติทางด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง (n=281)

ปัจจัยทัศนคติ	ระดับปัจจัยทัศนคติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ปัจจัยทัศนคติด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	183	65.12	76	27.05	22	7.83	75.54	17.09
ภาพรวมของปัจจัยทัศนคติ	183	65.12	76	27.05	22	7.83	75.54	17.09

ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จำนวน 281 คน พบว่า ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง

อยู่ในระดับสูง จำนวน 253 คน (ร้อยละ 90.04) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 9.61) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.28 ($X = 24.28$, $S.D.=2.79$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง (n=281)

พฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด	ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
พฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด	253	90.04	27	9.61	1	0.35	24.28	2.79
ภาพรวมพฤติกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด	253	90.04	27	9.61	1	0.35	24.28	2.79

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่าย อำเภอนองขาหย่าง ปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขต

เครือข่ายอำเภอนองขาหย่าง ($r = 0.262$, $p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยด้านทักษะ ไม่ได้มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่าย อำเภอนองขาหย่าง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ปัจจัยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอนองขาหย่าง

ปัจจัยความรู้ ทักษะ การรับรู้ และ พฤติกรรม	พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด		
	สัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านความรู้	0.262	0.00*	มีความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านทักษะ	0.489	0.95	ไม่มีความสัมพันธ์

**ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวน 281 คน เป็น เพศหญิง จำนวน 201 คน (ร้อยละ 71.50) มากกว่า เพศชาย จำนวน 80 คน (ร้อยละ 28.50) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 64.32 ปี (SD 11.63) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 190 คน (ร้อยละ 67.60) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 219 คน (ร้อยละ 77.90) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 141 คน (ร้อยละ 50.20) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 6,210.68 บาท (S.D. = 8,126.16) ส่วนใหญ่ มี ระยะเวลาที่เป็น โรคเบาหวาน น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 151 คน (ร้อยละ 53.75)

2. ปัจจัยด้านความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตเครือข่ายอำเภอนองขาหย่าง จังหวัด อุทัยธานี

ระดับปัจจัยด้านความรู้ของผู้ป่วย โรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งประกอบด้วย ความหมายของ โรคเบาหวาน สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน อาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน การดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 51.96) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.48) โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 16.79 ($X = 16.79$, $S.D. = 3.92$) โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ด้าน ความเข้าใจในโรคเบาหวานและการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีน้ำตาลสูง

กว่าปกติ ($X = 0.91$, $S.D. = 0.28$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจการทำงาน ของไตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($X = 0.90$, $S.D. = 0.30$) ตามลำดับ

3. ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ป่วย โรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

ระดับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน เขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ทัศนคติซึ่งประกอบไปด้วย การรักษา การดูแล ตนเอง การใช้จ่าย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.12) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.05) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 75.54 ($X = 75.54$, $S.D. = 17.09$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งข้อคำถามที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านเชื่อว่าการป่วยด้วย โรคเบาหวานเป็นเรื่องของชะตากรรม ($X = 4.96$, $S.D. = 1.95$) รองลงมาคือ ท่านคิดว่าผู้ป่วย โรคเบาหวานควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและรับ ยาตามแพทย์นัด ($X = 4.47$, $S.D. = 1.14$) ตามลำดับ

4. ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่าย อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอ หนองขาหย่างอยู่ในระดับสูง จำนวน 253 คน (ร้อยละ 90.04) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 9.61) โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 24.28 ($X = 24.28$, $S.D. = 2.79$)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขต เครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขต เครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง โดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติกับ 0.05 ดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง ($r = 0.262$, $p\text{-value} < 0.05$)

ปัจจัยด้านทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง

อภิปรายผล

จากสมมุติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้าน ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขต เครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ($r = 0.262$, $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ กาญจนา ปัญญาเพชร และคณะ (2564) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน บุคคล ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความสามารถ ในการกำกับตนเอง และการดูแลตนเองต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และความสามารถในการกำกับตนเอง ระดับสูง (Mean=8.54, 32.85 และ 44.49 ตามลำดับ) การศึกษาด้านความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนด้าน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

2. ทักษะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านทักษะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กัลยา ทิพราช และคณะ (2552) ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี อยู่ในระดับสูง จากการศึกษา พบว่า ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.04) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนรดา แข็งแรง และคณะ (2560) ศึกษา ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเครือข่ายอำเภอหนองขาหย่าง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก็ไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้นหรือน้อยลง ดังนั้นจึงแนะนำให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขให้วางแผนการพัฒนา การสร้างกิจกรรมอื่น ๆ อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มีกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำผลการวิจัยไปวางแผนวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและวิธีการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป เช่น การสร้างกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันของกลุ่มผู้ป่วย การสนทนากลุ่มเพื่อกระตุ้นการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ปัญหาอุปสรรค ความวิตกกังวล เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

3. ควรให้มีการให้ความรู้เรื่อง ยาและอาหาร ที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น โดยเภสัชกรและนักโภชนาการของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยา ทิพราช และคณะ. (2552). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไทรงาม อำเภไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. สารนิพนธ์การวิจัยสุขภาพ. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
2. กาญจนา ปัญญาเพชร และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง. (บทความวิจัย, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 31(3), 151-163.
3. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
4. คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2560). อยู่อย่างไรให้ไกลเบาหวาน. กรุงเทพฯ: อมรินทร์เฮลท์ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
5. จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2548). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
7. มาโนชญ์ แสงไสยาศน์. (2564) พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ บางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. (บทความวิจัย, วารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต.) 1(3), 59-70.
8. มนรดา แข็งแรง และคณะ. (2560). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี. (บทความวิจัย, วารสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง และยั่งยืน” 2(1), 968-980.
9. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2544). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
10. หลิน เจียหง. (2559). ชีวิตยังหวาน ของคนเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน

จิราภา สุวรรณกิจ, วท.บ.*

Received: 20 ก.ย.65

Revised: 9 พ.ย.65

Accepted: 20 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัญหาทุพโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อกำลังคนของชาติในอนาคต การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 3-5 ปี

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยก่อนเรียนและผู้ดูแล จำนวน 280 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนและบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 – 31 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 60.00 โดยพบปัจจัยนำ ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน อายุผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียน และการจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ($p < .05$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ($p < .001$)

สรุปผล: ภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนตามเกณฑ์มากที่สุด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน อายุผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล การจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อน

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, เด็กก่อนวัยเรียน, ผู้ดูแลเด็ก

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก

Factors Associated with the Nutritional Status of Preschoolers

Jirapa Suwankij B.S.*

Abstract

Introduction: Malnutrition in preschoolers is an important public health problem that affects the manpower of the nation in the future. This descriptive correlational research aimed to investigate nutritional status and factors associated with the nutritional status of preschoolers or children aged between 3-5 years.

Methods: This descriptive correlational research investigated a sample group of 280 preschoolers and their caregivers. The tools consisted of a questionnaire on factors related to their nutritional status and records of weight and height. Data were collected from 1 - 31 March 2022 and analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, and point correlation coefficient.

Results: The results showed that the 60 percent of the preschoolers had the highest standard nutritional status. The predisposing factors were their birth weight, food consumption behavior, caregivers' age, caregivers' knowledge of food and food preparation associated with their nutritional status ($p<.001$, $p<.05$ respectively). The reinforcing factors included family income associated with their nutritional status ($p<.05$), and the enabling factors included the cultivation of dietary habits among the preschoolers associated with their nutritional status ($p<.001$).

Conclusion: The highest standard nutritional status and factors associated with nutritional status of preschoolers including their birth weight, food consumption behavior, their caregivers' age, their caregivers' knowledge of food for preschoolers and their food preparation for preschoolers, family income, and the cultivation of dietary habits among the preschoolers were statistically significant.

Keywords: Nutritional status, Preschoolers, Caregivers

*Klonghok Moo.13 Tambon Health Promotion Hospital

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นช่วงวัยกำลังมีเจริญเติบโตและพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น เริ่มมีอิสระจากบิดามารดา เป็นตัวของตัวเอง ต้องการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เริ่มมีพัฒนาทักษะการทำกิจกรรม ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการเคลื่อนไหว¹ เด็กวัยก่อนเรียนมีความจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่มีคุณภาพและมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโต สร้างภูมิคุ้มกันเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่และมัดเล็ก รวมทั้งการเจริญเติบโตทางด้านสมองและสติปัญญา² องค์การอนามัยโลก³ รายงานว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 149.2 ล้านคน มีลักษณะเตี้ยแคระแกร็น และอ้วนร้อยละ 45.4 ล้านคน มีน้ำหนักน้อยเกินไปต่อส่วนสูง จำนวนเด็กที่มีอาการแคระแกร็นลดลงในทุกภูมิภาค และประมาณร้อยละ 45 ของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เชื่อมโยงกับการขาดสารอาหาร มักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และยังพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 38.9 ล้านคน มีน้ำหนักเกิน อัตราของเด็กที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนกำลังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้สูงและระดับกลาง ประเทศไทย พบว่า ภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 1 ใน 10 มีภาวะอ้วน อีกร้อยละ 5.4 มีปัญหาผอม ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคและตามสถานะทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว⁴ ภาวะทุพโภชนาการทำให้เด็กเติบโตช้า ภูมิคุ้มกันพร่อง โลหิตจาง อ่อนเพลีย และเฉื่อยชา มีพัฒนาทางสติปัญญาที่ล่าช้า สมรรถนะความสามารถในการเรียนรู้และสติปัญญาลดลง โดยพบว่าเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง เตี้ยผอม ในวัยก่อนเรียนจะทำให้คะแนนไอคิวของเด็กอายุ 8-10 ปี หายไป 3-10 จุด เมื่อเป็นผู้ใหญ่จะมีไอคิวต่ำ 1-3 จุด ในขณะที่เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน

หรือเป็นโรคอ้วนพบว่าจะมีปัญหาตั้งแต่เห็น้อย่างง่าย การเรียนรู้ช้ากว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวปกติ มีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะไขมันสะสมในตับ นิ่วในถุงน้ำดี โรคทางเดินหายใจ หอบ ภูมิแพ้ นอนกรน หยุดหายใจเป็นพัก ๆ ปวดข้อเข่า เสี่ยงโรคมะเร็งมากกว่าเด็กที่มีอ้วน⁵

ภาวะโภชนาการของเด็กขึ้นกับหลายปัจจัยทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็ก ซึ่งจำเป็นจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการนั้นก่อนจึงจะสามารถ วางแผนและกำหนดวิธีการส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนได้อย่างเหมาะสม แนวคิด PRECEDE-PROCEED เป็นแนวคิดที่มีรากฐานความคิดมาจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ⁶ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นในการศึกษาครั้ง

นี้จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่หลายหลายในแต่ละพื้นที่ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนแตกต่างกัน ดังเช่นช่วงอายุ เพศเด็ก น้ำหนักแรกคลอด⁵ การกินนมแม่อย่างเดียวยาวในช่วง 4-6 เดือน⁷ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก⁸ มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็ก และยังมีปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแล⁸ ระดับการศึกษา⁹ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเช่นกัน รายได้ของครอบครัวที่เพียงพอจะมีโอกาสทำให้ลูกมีโอกาสทำให้ภาวะเตี้ยลดลง

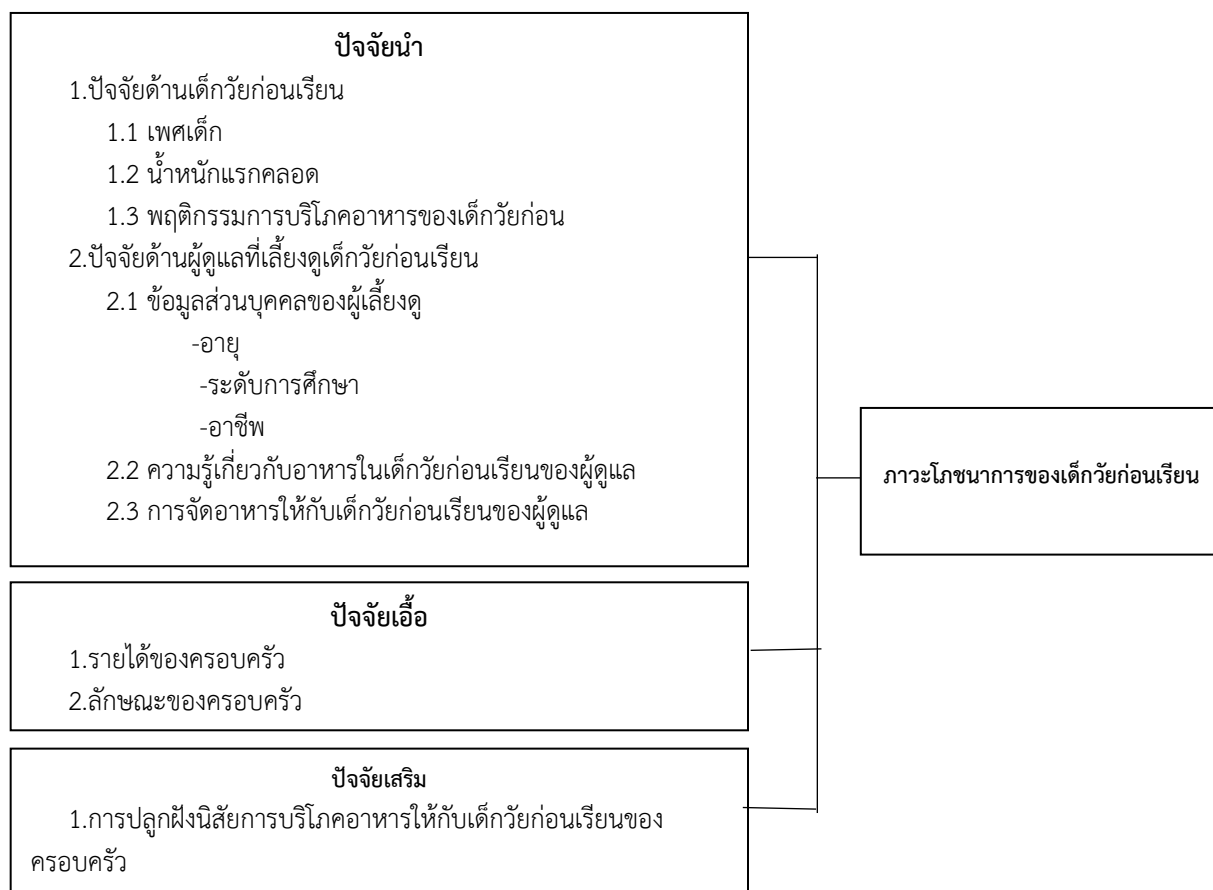
เมื่อเทียบกับรายได้ของครอบครัวที่ต่ำมีโอกาสทำให้ภาวะผอมด้วย¹⁰ ในขณะที่อีกการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวสูงมักทำให้เด็กมีภาวะน้ำหนักเกิน¹¹ ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการ¹² การได้รับข่าวสารข้อมูลด้านอาหารและเจตคติด้านโภชนาการของผู้ดูแล ความเอาใจใส่ของผู้ดูแลในการจัดเตรียมอาหารเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ^{10,13} การปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพราะเป็นอิทธิพลรอบตัวที่สร้างให้เด็กเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติและพฤติกรรมของบุคคลรอบตัว¹⁴ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการได้ผ่านการเลี้ยงดูในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจความสนใจในปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่สามารถนำมาจำแนกตามองค์ประกอบของแนวคิด PRECEDE-PROCEED เพื่อสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนได้อย่างเหมาะสมต่อไป ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยด้านเด็กวัยก่อนเรียน (เพศเด็ก น้ำหนักแรกคลอด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อน) ปัจจัยด้านผู้ดูแล (อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียน การจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียน) 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัว

พื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชาชนอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นหมู่บ้าน มีการ

ขยายของหมู่บ้านจัดสรรเข้ามาในพื้นที่ มีโรงงานอุตสาหกรรม มีหมู่บ้านในความรับผิดชอบจำนวน 6 หมู่บ้าน ประชาชนประมาณสี่พันกว่าคน ในจำนวนดังกล่าวมีเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 143 คน กระจายตามหมู่บ้านต่าง ๆ จากการประเมินภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน เมื่อเดือนมกราคม 2564 พบว่า ในจำนวนดังกล่าว ร้อยละ 40 มีภาวะทุพโภชนาการทั้งภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์เมื่อเทียบกับน้ำหนักตามส่วนสูง ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จำเป็นต้องค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงในพื้นที่ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่น และเนื่องจากในพื้นที่นี้ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนมาก่อนและเพื่อนำผลศึกษาที่ได้มาวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนในพื้นที่ให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL⁶ มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ด้วยการนำองค์ประกอบในแนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 3-5 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 3-5 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก

วิธีการศึกษา

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลของเด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก จำนวน 286 คน (ผู้ดูแล 143 คน และเด็กวัยก่อนเรียน 143 คน)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก จำแนกเป็น ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่กับเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งใช้เวลานี้ในการดูแลด้านอาหารและด้านสุขภาพมากที่สุด ครอบครัว ผู้ดูแลได้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเด็กวัยก่อนเรียน เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้ปกครองยินยอมให้เด็กวัยก่อนเรียนเข้าร่วมงานวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเปิดตารางสำเร็จของเครชีและมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 108 คน แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ และในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอาจไม่สมบูรณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2564/005 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะของการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่พึงได้ และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลอาชีพของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัว 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายปิด เลือกคำตอบถูกหรือผิดได้เพียงข้อเดียว 3) แบบสอบถามการจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ

เลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ 4) แบบสอบถามการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 15 ข้อ เลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และส่วนที่ 2 ข้อมูลเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ เพศ น้ำหนักแรกคลอด การกินนมแม่ในช่วง 4 เดือนแรก น้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) เป็นการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาสาระของข้อคำถามกับนิยามตัวแปรและแนวคิดทฤษฎี ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ได้เท่ากับ 0.86 และหาความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหลวง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลเด็ก โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.72 และค่าความ

เชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ของแบบสอบถามการจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลเด็ก แบบสอบถามการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ได้เท่ากับ 0.71, 0.86, 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังที่ได้รับ การอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และ สาธารณสุขในคน จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากผู้วิจัย จัดทำหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับ สาธารณสุขอำเภอ เข้าพบผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อ ทำความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ คือ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก จำนวน 1 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 ราย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การ วิจัย และรายละเอียดของเครื่องมือและให้ทดลอง ใช้ 1-2 ราย หลังจากนั้นนำปัญหาที่พบมาทำความเข้าใจกับผู้วิจัย และแบ่งพื้นที่การเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัย ตามพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น หมู่ 9, หมู่ 10, หมู่ 11, หมู่ 12, หมู่ 13 และ หมู่ 14 เตรียมการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัย ที่สัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน สถานที่ทำแบบสอบถาม เครื่องชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูง กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในการ ติดตามการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-6 ปี จากนั้น เตรียมกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อ ชี้แจงและขอความร่วมมือตามความสมัครใจพร้อม ทั้งลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนัดวันเวลาเพื่อเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความสะดวกของกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นหลัก สุดท้ายผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่กำหนด โดยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การทำวิจัย การดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่ง กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับความสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในการทดสอบใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิง อนุมานวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติคส แควร์ (Chi-square test) และสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point-biserial correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 280 คน แบ่งเป็นเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ดูแล กลุ่มละ 140 คน นำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป จำแนกเป็น 1) ด้านเด็กวัยก่อน เรียน ร้อยละ 50.70 เป็นเพศหญิง มีน้ำหนักแรก คลอดเฉลี่ย 3,102.59 กรัม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 459.33 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของ เด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.46 และภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า เด็กวัย ก่อนเรียนมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 40 2) ด้านผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า อายุ เฉลี่ย 34.23 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.46 ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอน ปลาย มากสุดร้อยละ 85.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากสุด ร้อยละ 51.40 ความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็ก วัยก่อนเรียนของผู้ดูแล พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 12.24

(SD= 3.33) การจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 (SD= 0.46) และการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน โดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 (SD= 0.53) และ 3) ด้านครอบครัว พบว่า ร้อยละ 51.40 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และ ร้อยละ 61.40 เป็นครอบครัวขยาย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษา พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อกับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยการทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยนำด้านเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ($p>.05$) ด้านผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ($p>.05$) ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัว พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ($p<.05$) และพบว่า รายได้ของครอบครัวที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 69.40 รายได้ของครอบครัวที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001 บาท มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 50.00 และ รายได้ของครอบครัวที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีโอกาสมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ 2.27 เท่าของรายได้ของครอบครัวที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001 บาท (OR 3.67; 95% CI of OR 1.82 ถึง 7.39) ส่วนลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ($p>.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อกับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้สถิติไคสแควร์

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการตามเกณฑ์	ภาวะทุพโภชนาการ	Crude OR	95% CI of OR	χ^2 (p-value)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ปัจจัยนำ					
ปัจจัยด้านเด็กวัยก่อนเรียน (n=140)					
1.เพศ					
ชาย	43(62.30)	26(37.70)	1.21	.61-2.38	.305
หญิง	41(57.70)	30(42.30)	1		(.581)
ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน (n=140)					
1.ระดับการศึกษา					
≤ มัธยมศึกษาตอนปลาย	71(59.70)	48(40.30)	.91	.35-2.36	.037
≥ อนุปริญญาตรี	13(61.90)	8(38.10)	1		(.847)
2.อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19(61.30)	12(38.70)	1.07	.47-2.42	.028

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการ ตามเกณฑ์	ภาวะทุพ โภชนาการ	Crude OR	95% CI of OR	χ^2 (p-value)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ประกอบอาชีพ	65(59.60)	44(40.40)	1		(.868)

* $p\text{-value} < .05$

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อกับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้สถิติไคสแควร์

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการ ตามเกณฑ์	ภาวะทุพ โภชนาการ	Crude OR	95% CI of OR	χ^2 (p-value)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ปัจจัยเอื้อ					
1.รายได้ของครอบครัว (n=140)					
≤ 10,000 บาท	50(69.40)	22(30.60)	2.27	1.13-4.53	5.509
≥ 10,001 บาท	34(50.00)	34(50.00)	1		(.019**)
2.ลักษณะของครอบครัว (n=140)					
ครอบครัวเดี่ยว	30(55.60)	24(44.40)	.74	.37-1.48	.724
ครอบครัวขยาย	54(62.80)	32(37.20)	1		(.395)

* $p\text{-value} < .05$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยการทำสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ ไบซีเรียล พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล และการจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน

($p < .001$) และอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พอยท์ไบซีเรียล (rb)	p-value
ปัจจัยนำ		
ด้านเด็กวัยก่อนเรียน (n=140)		
น้ำหนักแรกคลอด	.285**	.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน	.438**	<.001

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พอยท์ไบซีเรียล (rb)	p-value
ด้านผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน (n=140)		
อายุ	.208*	.013
ความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล	-.266**	.001
การจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแล	.340**	<.001

* $p\text{-value} < .05$, ** $p\text{-value} < .001$

ตารางที่ 2 (ต่อ) การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พอยท์ไบซีเรียล (rb)	p-value
ปัจจัยเสริม		
การปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัว	.391**	<.001

* $p\text{-value} < .05$, ** $p\text{-value} < .001$

อภิปรายผล

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะโภชนาการตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 60.00 อธิบายได้ว่า ภาวะโภชนาการ เป็นลักษณะของร่างกายอันเนื่องมาจากอาหารที่รับประทาน ซึ่งก่อให้เกิดผลดีหรือไม่ดีต่อร่างกายได้ หากมีภาวะโภชนาการดีเป็นผลมาจากการบริโภคอาหารถูกสุขลักษณะ เหมาะสมครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ทำให้อวัยวะสามารถนำเอาไปใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งมีสารอาหารสำคัญ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ต่าง ๆ แต่สำหรับภาวะทุพโภชนาการ เป็นผลมาจากการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะก่อให้เกิดภาวะโภชนาการเกินจนเกิดภาวะอ้วนหรือขาดสารอาหารเกิดภาวะร่างกายผอม¹⁵ ภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนมีความสำคัญอย่างมากต่อการเจริญเติบโตและ

พัฒนาการ การศึกษาครั้งนี้พบว่า มากกว่าครึ่งมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ปกติ อาจเนื่องมาจากเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหารได้ดี ต้องพึ่งพาการจัดหาอาหารจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็กนี้สามารถจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ซึ่งการจัดอาหารมีความสำคัญต่อเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นวัยกำลังเจริญเติบโตต้องการพลังงานและสารอาหารที่เหมาะสม และควรได้รับครบทุกหมู่ ได้แก่ ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และนม พร้อมทั้งฝึกนิสัยให้กินได้หลายชนิด โดยมีการหมุนเวียนอาหารให้หลากหลาย¹⁶

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยนำ ด้านเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การจัดอาหาร

และการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อธิบายได้ว่า น้ำหนักแรกคลอดของเด็กวัยก่อนเรียนเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการมีขนาดรูปร่างของร่างกายในระยะต่อมา เนื่องจากหากกรณีเด็กวัยก่อนเรียนมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม จะบ่งบอกว่าขนาดและรูปร่างของทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตที่ล่าช้า ทำให้ระยะต่อมาไม่สามารถจะมีการเจริญได้เทียบเท่ากับเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า น้ำหนักแรกคลอดที่ต่ำกว่า 2,500 กรัม จะมีส่วนสูงไม่ดีและรูปร่างไม่สมส่วน สูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอด 2,500 กรัมขึ้นไป คิดเป็น 1.4 เท่า¹⁷ ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการกระทำเกี่ยวกับการนำสารอาหารต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งในเด็กวัยก่อนเรียนจะมีการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและสติปัญญารวดเร็ว และที่เห็นได้ชัดเจนคือน้ำหนักและส่วนสูง หากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม โดยการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ กินอาหารมื้อหลักครบทุกวันจะทำให้มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในขณะที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่กินอาหารมื้อหลัก เลือกกิน กินมาก กินน้อย ชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลปริมาณสูง เช่น น้ำอัดลม จะเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ทั้งภาวะอ้วนหรือผอมได้⁵ การศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยนักเรียน โรงเรียนบ้านหนองรังกา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียน¹⁸ และการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการกินของเด็กศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาใน

ชนบทของรัฐเบงกอลตะวันตก พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก¹⁹

อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อาจเนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุเฉลี่ย 34.23 ปี เป็นกลุ่มวัยทำงาน ที่มีทักษะความสามารถในด้านต่าง ๆ หลายด้าน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านสุขภาพ ซึ่งการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในปัจจุบันมีหลายช่องทาง เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หรือการเข้าถึงหน่วยบริการระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น และช่วงวัยนี้สามารถทำได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพกลายเป็นความรู้ทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะจัดหาอาหารที่เหมาะสมให้กับเด็กวัยก่อนเรียนได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร พบว่า แม่ที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียน²⁰ สำหรับความรู้เกี่ยวกับอาหารในเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เนื่องจากความรู้เป็นขั้นตอนแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องต่าง ๆ และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ ผู้ดูแลที่มีความรู้ในด้านโภชนาการจะส่งผลต่อโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนโดยความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจแล้วมีการปฏิบัติหรือเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมโภชนาการ ซึ่งหากขาดความรู้ในเรื่องดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลให้เด็กได้รับอาหารตามความสะดวก จะทำให้เกิดเป็นนิสัยติดตัวในการรับประทานอาหารสะดวกซื้อ²¹ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก

ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของครอบครัวส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของความรู้ด้านโภชนาการต่อภาวะโภชนาการของนักศึกษาวิทยาศาสตร์การกีฬา พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของนักศึกษา²¹ และการจัดอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เนื่องจากอาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สมอ และสติปัญญา รวมทั้งพัฒนาการด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ เด็กจึงต้องได้รับความเอาใจใส่ โดยเฉพาะทางด้านอาหารและโภชนาการ ดังนั้นในการจัดอาหารให้กับเด็กวัยนี้ต้องคำนึงถึงสารอาหารและปริมาณอาหารที่ได้รับให้เพียงพอ รวมทั้งต้องมีความหลากหลายหมุนเวียนในแต่ละสัปดาห์² สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การจัดอาหารส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน¹⁵

ปัจจัยเอื้อ พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เนื่องจากรายได้ของครอบครัวถือเป็นปัจจัยที่เอื้อทางด้านสังคม ซึ่งผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและเอื้ออำนวยให้สามารถจัดหาอาหารที่เพียงพอแก่เด็กวัยก่อนเรียน ดังการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวของเด็กที่รายได้เพียงพอจะมีโอกาสทำให้ลูกมีโอกาสทำให้ภาวะเตี้ยลดลง เมื่อเทียบกับครอบครัวที่รายได้ต่ำกว่า และมีโอกาสทำให้ภาวะผอมลดลงด้วย¹⁰ และยังพบว่า รายได้ของครอบครัวที่สูงมักทำให้เด็กมีภาวะน้ำหนักเกินได้¹¹ เช่นกัน

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เนื่องจากการปลูกฝังนิสัยการบริโภคอาหารให้กับเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัวถือเป็นปัจจัยเสริมที่มีส่วนสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ถือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมเป็นปัจจัยภายนอกจากบุคคลที่เข้ามามีอิทธิพลในเรื่องนั้น ๆ เช่น พ่อ แม่ เป็นต้น²³ การส่งเสริมให้เด็กได้รับการปลูกฝังการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ โดยผ่านการเลี้ยงดูตั้งแต่วัยทารกจนเข้าสู่วัยก่อนเรียนจะทำให้เด็กได้รับสารอาหารครบถ้วนเหมาะสม มีพัฒนาการสมวัย หากปลูกฝังผิดหลักการจะทำให้เด็กเกิดความเคยชินในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เช่น การรับประทานอาหารบางอย่างที่ไม่ได้มีคุณค่าทางโภชนาการ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องนิสัยการกินและภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน: การศึกษาเชิงสังเกตในบาหลีโกเต ประเทศอินเดีย พบว่า นิสัยการกินของเด็กมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตามอายุ และน้ำหนักตามส่วนสูง²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การจัดอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน และการปลูกฝังนิสัยที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารแก่เด็กวัยก่อนเรียน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการเพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก จากนั้นนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ดีและมีประสิทธิภาพ

มากยิ่งขึ้นเชิงกึ่งทดลอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยว โภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน หลักการจัดอาหาร สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน และการปลูกฝังนิสัยการ บริโภคอาหารในเด็กวัยก่อนเรียน โดยนำครอบครัว และเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. วชิรกร อังคประสาธชัย, ยุนี พงศ์จตุร วิทย์, สาวิตรี วงศ์อินจันทร์. ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัย บุรพา. 2561; 26(3): 52-61.
2. ประไพพิศ สิงหเสน, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อติญาณ์ ศรเกษตริน. การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(3): 226-235.
3. World Health Organization. Nutrition. [internet]. 2021 [10 August 2022]. Available from: https://www.who.int/health-topics/nutrition#tab=tab_1
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สุขภาพคนไทย 2561. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.
5. ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2562; 25(2): 8-24.
6. Green, L. and Kreuter, M. Health program planning: An educational and ecological approach (4th Edition). McGraw Hill, New York: 2005.
7. อาชูรา รีเต็ง, จีราพัชร พลอยนิลเพชร และกัลยา ตันสกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของ เด็กแรกเกิด- 5 ปี ในอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส. ใน: การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10; 2562. หน้า 1558-78.
8. ชัชฎา ประจตุทะเก, อัญชลี ภูมิจันทิก, ประดับ ศรีหมื่นไวย. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 .วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2562;13 (31):159-177.
9. Muthuri, S. K., Onywera, V. O., Tremblay, M. S., Broyles, S. T., Chaput, J. P., Fogelholm, M., ISCOLE. Relationships between parental education and overweight with childhood overweight and physical activity in 9–11 year old children: Results from a 12-country study. PLoS One. 2016; 11(8): 1-14.
10. A Masooth Mohamed, A.B. KulanMohaideen, S. selvarajini. Factors influencing for the nutritional status of preschool children : A study on children age between three to five years. [internet]. 2019 [10 August 2022]. Available from : file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/journalarticle-masooth.pdf
11. Huang, H., Jasimah, C. W., Radzi, W. M., Jenatabadi, H. S. Family environment and childhood obesity: A new framework with structural equation modeling. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017; 14(2): 34-45.
12. สุชาติ พิชัยธรรม,ยูวงค์ จันทรวิจิตร, และอุมาพร ห่านรุ่งขโรทร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองกับภาวะ โภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของ โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร พยาบาลสาร. 2563; 47(4): 88-99.
13. ณัฐวัลย์ เพ็งแจ่มและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเกิน ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลโคกชัย อำเภอกอเขนย จังหวัดนครราชสีมา. ใน: การประชุม วิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2562; 2562. หน้า 941-49.
14. ยุภา โฟผา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มี ภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ [วิทยานิพนธ์]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ; 2557.
15. วีรวัลย์ ศิรินาม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของ เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบ้าน

- กลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
16. ประไพพิศ สิงห์เสน, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อติญาณ์ ศรเกษตริน. การส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(3): 226-235.
 17. ชัยพร พรหมสิงห์, วรณมา กางก้น, พนิด โล่เสถียร กิจ. ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc03.files.wordpress.com/2016/09/wannapa0959.pdf>
 18. กัมปนาท คำสุข, บานเย็น ล้วนภูเขียว และจรรยา เสาวเวียง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองรังกา จังหวัดนครราชสีมา. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2562; 2562. หน้า 908-14.
 19. Roy, S., Bandyopadhyay, S., Bandyopadhyay, L., Dasgupta, A., Paul, B., & Mandal, S. Nutritional status and eating behavior of children: A study among primary school children in a rural area of West Bengal. Journal of family medicine and primary care. 2020; 9(2): 844.-49.
 20. วิจิตรา อิมอูระ, สมสมัย รัตนกริชากุล, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561; 27(1): 1-12.
 21. สมศิริ รุ่งรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ณัฐธิดา ไกรมงคล และรุ่งดี พุดิเสถียร. การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารสภาการพยาบาล. 2560; 32(4): 120-33.
 22. Siregar, N. S., Harahap, N. S., Sinaga, R. N., & Affandi, A. The Effect of Nutrition Knowledge on Nutritional Status in Sport Science Students. In Journal of Physics: Conference Series. 2020; 1462(1): 1-6.
 23. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, & ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2562; 12(1): 38-48.
 24. Chilapur, G. G., & Natekar, D. S. Dietary Habits and Nutritional Status among Preschool Children: An Observational Study at Bagalkot. SSR Institute of International Journal of Life Sciences. 2015; 8(3): 3005-9.

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จินตนา บุญพร, พบ. ว.ว.รังสิตวิทยานิพนธ์*

Received: 20 ต.ค.65

Revised: 30 ธ.ค.65

Accepted: 31 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของดอนนัทปิมมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 100 ราย ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธีเอาตัวแปรเข้าทั้งหมด

ผลการวิจัย: พบว่าพบตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($R^2 = .555$) โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด ($\beta = .801$) รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ($\beta = .367$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ($\beta = .367$)

สรุป: ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะควรพัฒนาความรู้ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งจะส่งผลให้มีการสื่อสารด้านสุขภาพกันมากขึ้นและเพิ่มช่องทางสื่อเพื่ออำนวยความสะดวกในการค้นคว้าข้อมูลและความรู้ด้านยาและโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, พฤติกรรมมาตรวจตามนัด, พฤติกรรมการรับประทานยา

The influence of health literacy on the health behaviors of patients with chronic diseases

Jintana Boonporn, MD. Dip.Thai board of diagnostic radiology*

Abstract

Diabetes and hypertension are important public health problems. The enhancement of health literacy can reduce risks for complications. This predictive correlation research aimed to investigate the effect of health literacy and knowledge on the health behaviors of patients with chronic diseases. Nutbeam's health literacy was used as the conceptual framework. The samples obtained through cluster random sampling were 100 patients with chronic diseases, such as diabetes and hypertension, who underwent medical examinations at sub-district health promoting hospitals in Bang Rachan, Sing Buri. The instruments were general characteristics, and health literacy and behavior questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis (entry method).

The results revealed that the four independent variables could predict approximately 55% of the variance with a statistical significance of 0.05. Moreover, medication knowledge add medical appointments mostly affected health behaviors ($\beta = .801$), followed by functional health literacy ($\beta = .367$) and interactive health literacy ($\beta = .367$)

This research suggested the enhancement of knowledge of medication and patients with chronic diseases which would result in higher interactive health literacy and the increase of media channels to facilitate them to research information and knowledge of medication and chronic diseases.

Keywords: Health literacy, Patients with chronic diseases, medication appointment behavior, Medication Adherence Behavior

*Bangrachan Hospital

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค NCDs (Noncommunicable diseases) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกในปัจจุบัน สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคนและคาดว่าปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ก่อให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ในส่วนของสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุมากกว่า 25 ปี ประเมินหนึ่งพันล้านคนเสียชีวิตปีละ 9.4 ล้านคน¹ คาดการณ์ว่าอัตราการชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี 2568 โดย 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา² ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปี งบประมาณ 2559-2561 คือ 1,189.84, 1,348.52 และ 1,371.26 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ³

ในประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการป่วยและตายอันดับต้น ๆ และมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชน 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเพิ่มจากปี 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 25.4 สูงกว่าการสำรวจครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557 ซึ่งพบความชุกร้อยละ 24.7⁴

ในปี พ.ศ. 2560-2564 จังหวัดสิงห์บุรีมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ โรคเบาหวาน 5.8, 4.3, 2.89, 6.76 และ 10.86 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง 6.8, 5.8, 5.30, 2.90 และ 4.44 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมอง 37.3, 28.3, 31.80, 31.86 และ 42.46 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรคไตวายเรื้อรัง 13.1,

9.6, 12.0, 17.9 และ 19.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁵ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคในระดับประเทศและยังสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนของจังหวัดสิงห์บุรี

จากการทบทวนงานวิจัย พบข้อมูลที่สอดคล้องกันว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy: HL) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสุขภาพและเป็นกุญแจหลักสำคัญในการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นที่ประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แย่ลง มีการใช้บริการทางคลินิกที่เพิ่มขึ้น มีระยะเวลาการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ต่างกับประชากรที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพดีจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ซึ่งส่งผลให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น⁶ อย่างไรก็ตามพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่ความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการรับประทานยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แปรผันตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประเทศไทยกำลังเผชิญวิกฤติสุขภาพและประชาชนสับสนกับข้อมูลสุขภาพที่ยากต่อการ

ตัดสินใจ พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นและพบในกลุ่มคนที่มีอายุน้อยลง ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต้องรับภาระหนักในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะสังคมเมืองที่มีความซับซ้อนและหลากหลายของประชากร มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีการสื่อสารและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้วิถีชีวิตเร่งรีบและเคร่งเครียด ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ และถูกโฆษณาชวนด้วยข้อมูลสุขภาพทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง ประชาชนสร้างข้อความสุขภาพสื่อสารกันภายในกลุ่มและขยายวงกว้างขึ้นทำให้ข้อมูลที่ใช้ในการสื่อสารถูกต้องน้อยลง และการมีช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลได้มากขึ้นกลายมาเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพตามมา การสร้างสังคมที่เป็นมิตรต่อการรอบรู้ด้านสุขภาพในสังคม จึงเป็นมิติที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลรอบข้างอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งข้อมูลดังกล่าวยังไม่สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการควบคุมการดำเนินไปของโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้สุขภาพด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอบางระจัน

ตัวแปรต้น

ความรู้เกี่ยวกับการรับปรึกษาและการมาตรวจตามนัด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

- ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ
- การอ่านศัพท์พื้นฐาน
- ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข
- การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

- การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ

- การตัดสินใจ

จังหวัดสิงห์บุรีเพื่อนำไปใช้กำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเป็นแนวทางในการสร้างความรอบรู้สุขภาพให้กับประชาชนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับการรับปรึกษาและการมาตรวจตามนัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการรับปรึกษาและการมาตรวจตามนัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับปรึกษาและการมาตรวจตามนัดด้วยแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพที่แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวกรอบแนวคิดการวิจัยภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิด

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมสุขภาพ

- ด้านการรับปรึกษา
- ด้านการมาตรวจตามนัด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (Prediction Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยรับบริการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 9,720 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่อยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 แห่งเป็นผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2563 ที่มารับบริการตรวจติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .25 และความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลางเท่ากับ .25⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้¹⁰ ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ พุดคุยสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษารวดด่วนหรือติดขัดเฉียบพลัน

2. ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล

3. ผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการศึกษา

4. ไม่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ มีปัญหาทางจิตเวช หรือมีภาวะโรคแทรกซ้อน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) แบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยผู้วิจัยเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทั้งหมด 7 แห่ง

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยเลือกสุ่มหมู่บ้านในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 หมู่บ้าน จากนั้นนำจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้ทั้งหมดมาทำการแบ่งสัดส่วนตามการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มาคละกันแล้วนำมาจับฉลากโดยไม่ใส่คืน บันทึกไว้จนครบเท่ากับขนาดกลุ่มตัวอย่าง แล้วดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการป่วยของบุคคลอื่นในครอบครัว มีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ (Open end)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด มีค่าคะแนน 0-30 คะแนน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน KR-20 เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์และพัฒนาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนิมลาลัย นิลไพจิตร¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีหลากหลายการวัด มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนี้ 1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานคะแนนระหว่าง 0-28 คะแนน ประกอบไปด้วย แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.81 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐาน KR 20 เท่ากับ 0.98 แบบทดสอบความเข้าใจตัวเลข KR 20 เท่ากับ 0.82 แบบประเมินความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.74 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ คะแนนระหว่าง 15 – 80 คะแนน ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.97 แบบวัดความรู้

ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คะแนนระหว่าง 13 – 52 คะแนน ได้แก่แบบประเมินการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด Cronbach's Alpha เท่ากับ .82

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพประกอบไปด้วย พฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา จากการศึกษาของนายเอกชัย ชัยยาทา¹² มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.71 ลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติประจำ

การรับรองจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี หมายเลข EC 18/2564 ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน (Belmont Report) มีการให้ข้อมูลกับอาสาสมัครเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย ระยะเวลาและการสิ้นสุดการทำวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เตรียมโครงสร้างการศึกษาเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการศึกษา

2.ประสานสาธารณสุขอำเภอบางระจันในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเพื่อการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

4.ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยในเขตพื้นที่หมู่บ้านที่ได้รับ การสุ่ม จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5.ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง โดยผู้วิจัย ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ช่วยผู้วิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ สถานที่นั้น

ระยะเวลา เดือน มีนาคม ถึง เดือน กรกฎาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2.สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และ

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Enter multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลด้านลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.53 มีอายุต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 89 ปี ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 60.30 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนมากป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 94.74 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาและทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 44.21 รองลงมาอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 33.68 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความถี่และร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	29.47
หญิง	67	70.53
รวม	95	100.0
อายุ		
20-30	1.0	1.1
31-40	1.0	1.1
41-50	14.0	14.7
51-60	26.0	27.4
61-70	39.0	41.1
71-80	11.0	11.6
มากกว่า 80	3.0	3.2
รวม	95	100.0
Min = 28 ปี Max = 89 ปี Mean= 60.30 SD = 14.18		
อาชีพประจำ		
ทำนาไร่	42	44.21
ค้าขาย	32	33.68
รับราชการ	10	10.53
เอกชน	11	11.58
รวม	95	100.00
ประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
ความดัน	90	94.74
เบาหวาน	18	18.95

2. ข้อมูลพื้นฐานตัวแปร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรพบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและการตรวจตามนัด มีค่าเฉลี่ย 18.51 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับพื้นฐาน 17.96 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ย 23.65 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณมีค่าเฉลี่ย 45.92 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร

ตัวแปร	M	SD	Min	Max
พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด (12-60คะแนน)	45.16	2.49	39	50
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและการตรวจตามนัด (0-30 คะแนน)	18.51	6.52	5	28
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (0-28 คะแนน)	17.96	5.24	8	28
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (15 – 80 คะแนน)	23.65	2.68	12	28
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (13-52 คะแนน)	45.92	7.40	32	52

3. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ไม่พบตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) โดย ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .582 ถึง .790 ดังแสดงในตาราง 3 ซึ่งไม่ละเมิด

ข้อตกลงของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ นอกจากนี้เมื่อทดสอบการแจกแจงของประชากร (Normality) ด้วยการทดสอบ Kolmogorov Smirnov Test และ Normal Probability Plot พบว่า มีการแจกแจงปกติ

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	Y
X1. ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา	1				
X2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	.744**	1			
X3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	.618**	.777**	1		
X4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ	.582**	.790**	.677**	1	
Y. พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด	.334**	.496**	.546**	.494**	1

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเลือกตัวแปรอิสระทั้งหมด 4 ตัว เข้าสู่สมการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัดได้ ร้อยละ 55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($R^2 = .555$)

โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยามีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = .801$) รองลงมาคือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ($\beta = .367$) ดังแสดงในตาราง 4 ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณสามารถเขียนสมการได้ ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัด = $36.38 + .306 (X_1) + .227 (X_2) + .316 (X_3) + .046 (X_4)$

ตาราง 4 การวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัดด้วยการถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธี Enter

ตัวแปรพยากรณ์	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P
	b	Std. Error	β		
(Constant)	36.388	2.016		18.047	<.001
ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา	.306	.045	.801	6.790	<.001
ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	.227	.068	.367	1.992	.045
ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	.316	.105	.340	2.997	.004
ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ	.046	.043	.135	1.065	.290
$R^2 = .555$ Adjust $R^2 = .535$ $F = 28.084$ $P < .001$					

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัดได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา สามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($\beta = .801$, $p < .001$) อธิบายได้ว่าถ้าหากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น ชื่อยาที่รับประทาน หลักการใช้ยาอย่างถูกต้องและอาการข้างเคียงยา จะส่งผลให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาและการตรวจตามนัดเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีช่วงวัยที่แตกต่างกันตั้งแต่อายุ 28-89 ปี บุคลากรได้พัฒนาความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ จากบุคลากรเองและการใช้ social media โดยมีการออกแบบที่เหมาะสม เข้าใจง่ายและถูกต้อง จึงจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมกรรับประทานยาและการตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของกรณีการ การีสรพ์ พรทิพย์ มาลาธรรมและนุชนาฏ สุทธิ (2562) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

และพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานซึ่งหมายถึงสมรรถนะในการอ่าน เขียน คำนวณ และการเรียนรู้ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้เพื่อสถานะสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อการให้ข้อมูลที่ข้อความเขียนและพูดจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพรวมถึงการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานสามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าระดับอื่น ๆ อธิบายได้ว่าถ้าหากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่ 2 คือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ หรือสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังน้อยกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่ 3 คือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ที่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน เป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป เช่น การเป็นแกนนำเพื่อสุขภาพหรือการเข้าร่วมชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับความรอบรู้ระดับอื่น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008)¹³ ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีการออกแบบเนื้อหาและบริบทที่เหมาะสม มีความจำเพาะตามบริบทของช่วงอายุและครอบคลุมตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับ Functional, Interactive และ Critical health literacy อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ชัยยาทา (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมมารับประทานยาและพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดได้นั้นเกิดจากการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁴ ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพแม้การศึกษาจะพบว่าผู้อายุมีทักษะด้านการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติในระดับดีแต่การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอรวมทั้งการขาดทักษะการสื่อสารทางสุขภาพที่ีอาจส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย

สรุปผล

บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาและด้านการมาตรวจตามนัดที่ดียิ่งขึ้นได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเท่านั้น ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆได้และการวิจัยนี้เป็นการศึกษาช่วงเวลาหนึ่งหากบริบทเปลี่ยนผลการวิจัยอาจเปลี่ยนแปลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1.การพัฒนาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม

2.การพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทักษะที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต] สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค.64]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018.WHO Report. Geneva: WHO; 2018.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2563
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center:HDC) [อินเทอร์เน็ต]. กลุ่มงานยุทธศาสตร์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค.64]. เข้าถึงได้จาก: www.sbo.moph.go.th.
6. Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives Internal Medicine* 2007; 167(14), 1503-1509.
7. รักษิตา ภาณุพันธ์, อุไรวรรณ สายสุด, สุพิชญ์ ชนะวงศ์และประเสริฐ ประสมรักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลนาจิก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน* 2564; 4(1): 35-47.
8. กรรณิการ์ การิสรพร, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ.ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารโรงพยาบาล* 2562; 25(3): 280-295.
9. ราภรณ์ อริยสิทธิ์.ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศึกษาศาสตร์* 2564; 18(2): 142-155.
10. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
11. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเอนต์ไอเอ็นเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.
12. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร. การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2559
13. นายเอกชัย ชัยยาทา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดลำพูน [สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ประทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
14. Nutbeam,D. Defining and measuring health literacy: what can we learn on literacy studies?. *International Journal Public Health* 2008;54: 303-305.
15. วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* สสอท. 2563; 2(1): 1-19

ผลของการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคล ต่อความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

เจตนา วงษาสูง, พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)*

สุวดี ทะกัน, วท.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)*

จันทนา หล่อตะจะกุล, ประ.ด.(พยาบาลศาสตร)*

พิรุณพร ประเสริฐ, พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)*

Received: 29 ก.ย.65

Revised: 9 พ.ย.65

Accepted: 10 พ.ย.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการระบาดของไวรัส SARS-CoV-2 ทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีการระบาดมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 และมีการป้องกันการติดเชื้อและป้องกันความรุนแรงของโรคด้วยการฉีดวัคซีน

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย สื่อมัลติมีเดีย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการศึกษา: ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=13.07$, $p<.05$) และความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=9.03$, $p<.05$)

สรุป: การให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลบุคคลหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ได้

คำสำคัญ: การให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคล, ความสามารถในการดูแลตนเอง, การได้รับวัคซีนโควิด-19

Effect of Individual Multimedia Health Education on Self-care Capability after Covid-19 Vaccination

Jettana Wongsasung, M.N.S.(Adult Nursing),

Suwadee Takan, M.S.(Nursing)

Chantana Lortajakul, Ph.D. (Nursing),

Pirunporn Prasert, M.N.S.(Adult Nursing)

Abstract

Introduction: The outbreak of SARS-CoV-2 around the world is considered as one of the worst pandemics. In Thailand, the outbreak of Covid-19 started in 2020, and vaccination has been implemented to prevent infection and reduce disease severity.

Method: This quasi-experimental research aimed to examine the effect of individual multimedia health education on self-care capability after a COVID-19 vaccination. The samples were 60 people who were vaccinated against COVID-19, divided into the experimental group and the control group (30 samples each). Specific samples were recruited according to the specified qualifications. Research instruments were individual multimedia, a questionnaire on personal data, and a questionnaire on self-care capability after a COVID-19 vaccination. The content validity by an index of conformity (IOC) was 0.67-1.00, and Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.81. Data were analyzed by descriptive statistics including paired sample t-test and independent sample t-test.

Results: After treated with individual multimedia health education, the experimental group's self-care capability after a Covid-19 vaccination was significantly higher with a significance level of .05 ($t=13.07$, $p<.05$). The experimental group's self-care capability after a Covid-19 vaccination was significantly higher than the control group with a significance level of ($t=9.03$, $p<.05$).

Conclusion: Individual multimedia health education could improve self-care capability of those who have received COVID-19 vaccines. The result of this study could be used as a guideline for providing care for people after receiving COVID-19 vaccines.

Keyword: Individual multimedia health education, Self-care capability, COVID-19 vaccination

บทนำ

การระบาดใหญ่ในช่วงครึ่งหลังของปี 2020 คือการระบาดของไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ที่ชื่อว่า severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 ต่อมาเกิดการเปลี่ยนชื่อเป็นโรคโคโรนาไวรัส-19 หรือโควิด-19 และลุกลามไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประชากร ประเทศต่างๆ ทั่วโลก การระบาดพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน มีการระบาดใหญ่ ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว¹ การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) พบในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี 2563 จากนั้น เริ่มมีการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน ในเดือนกุมภาพันธ์ยังพบผู้ป่วยจำนวนน้อย ต่อมาพบมากขึ้นในเดือนมีนาคม โดยการแพร่เชื้อที่เป็นกลุ่มใหญ่พบผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก จากสนามมวยลุมพินี และสถานบันเทิงจากย่านทองหล่อ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ พบผู้ป่วยเกิน 100 คน ทำให้รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน² ในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน ปฏิบัติงานที่บ้าน รักษาระยะห่างทางกายภาพ รักษาระยะห่างทางสังคม สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อย ๆ ส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ทั้งหมด³

ในขณะที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ประเทศไทยเผชิญกับการระบาดหลายระลอก โดยการระบาดมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ สถานการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศไทย ในปี 2564 ยังมีการระบาดค่อนข้างแพร่หลาย ข้อมูล ณ

วันที่ 1 กันยายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ถึง 14,802 คน รวมเป็นผู้ป่วยยืนยันสะสมอยู่ที่ 1,190,668 คน โดยมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจำนวน 252 คน รวมเสียชีวิตสะสมอยู่ที่ 11,747 คน และมีโอกาสเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการดำเนินการให้วัคซีนแก่บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่อาจสัมผัสกับผู้ป่วย บุคคลที่มีโรคประจำตัว และประชาชนทั่วไปในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 จนถึงปัจจุบัน และมีการขยายกลุ่มอายุในผู้ที่ได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้น ครอบคลุมกลุ่มประชากรเด็กด้วย⁴ การให้บริการการฉีดวัคซีนยังคงให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ที่ได้รับเข็มแรก และผู้ที่ได้รับเป็นเข็มกระตุ้น

การเข้ารับการฉีดวัคซีนมีหลายปัจจัยในการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนของประชาชน โดยมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการฉีดป้องกันโรคโควิด-19 ก็พบว่าทัศนคติต่อโรคโควิด-19 ,ทัศนคติต่อประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และทัศนคติต่อความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19⁵ ดังนั้นการให้สุขศึกษาจึงเป็นการให้ความรู้สร้างความมั่นใจในการเข้ารับวัคซีนของประชาชน ขณะนี้มีการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างแพร่หลาย โรงพยาบาลมิชชั่นเป็นแห่งหนึ่งให้บริการด้านนี้ ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนจะต้องสังเกตอาการหลังได้รับวัคซีนเป็นเวลา 30 นาที โดยจะมีบุคลากรให้คำแนะนำและดูแลในห้องสังเกตอาการ บุคคลที่ให้คำแนะนำมีทั้งบุคลากรทางสุขภาพและไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และการให้คำแนะนำใช้วิธีการบรรยายหน้าห้องแบบกลุ่มใหญ่โดยไม่มีสื่อนำเสนอ การให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ยังขาดความต่อเนื่อง ข้อมูลที่ให้ความหลากหลายยังไม่เป็น

แบบแผนที่ชัดเจน และจากการสังเกตพบว่าผู้ที่เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ขาดความสนใจในการฟังการบรรยาย มีการพูดคุยกันเอง และเล่นโทรศัพท์มือถือ การให้สุขศึกษารายบุคคลจึงเป็นแนวทางให้ความรู้เพื่อเพิ่มพูนความเชื่อมั่นในการรับวัคซีนกับประชาชน และเป็นแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน การให้สุขศึกษาก็มีการพัฒนารูปแบบให้ทันสมัยมากขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีสื่อมัลติมีเดียมาช่วยพัฒนาการให้สุขศึกษา การพัฒนาเทคโนโลยีการให้สุขศึกษาในปัจจุบันมีการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาโดยเทคโนโลยี เช่น วิดีโอ เกมส์ การ์ตูน เพลง และการให้คำปรึกษาทางไกล เป็นต้น ซึ่งพบว่าสามารถพัฒนาทั้งความรู้และทักษะของผู้เรียนได้ นอกจากนี้ยังสามารถออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ และการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลจะทำให้ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนสนใจการให้คำแนะนำมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงได้สนใจการพัฒนาการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลนี้ขึ้น เพื่อให้การให้คำแนะนำมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูล นำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ได้รับการฉีดวัคซีนมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีน และช่วยลดการทำงานของบุคลากรในการให้คำแนะนำหลังฉีดวัคซีนให้กับผู้ที่เข้ารับการฉีดวัคซีนในหน่วยฉีดวัคซีนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคล

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างการได้รับสุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลและการได้รับคำแนะนำตามปกติ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแตกต่างกัน

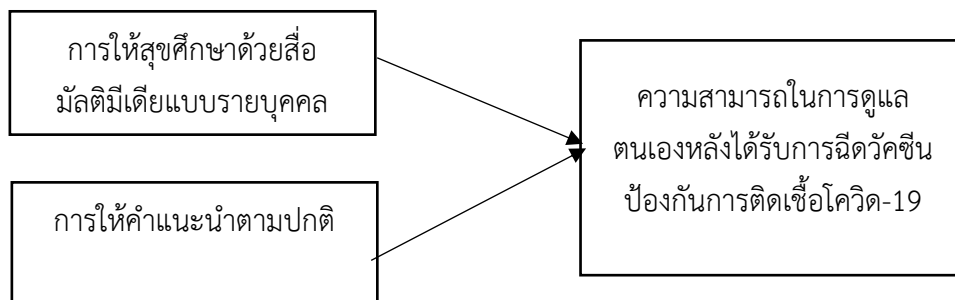
2. ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างการได้รับสุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลและการได้รับคำแนะนำตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียรายบุคคล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Brecker⁸ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรค โดยบุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคเพราะตระหนักถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ตระหนักได้ว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) โรคที่เกิดขึ้นนั้นอาจมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefit) จึงต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-efficacy) จึงนำไปสู่การปฏิบัติ (cues to action) ทั้งนี้การเกิดการรับรู้ต่าง ๆ เกิดจากการได้รับสิ่งเร้า นั่นคือข้อมูลข่าวสาร หรือ

ความรู้ต่าง ๆ นั่นคือเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จึงต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน และวัคซีนที่ได้รับมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถ้าไม่มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เมื่อตนเองได้รับวัคซีนจึงเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น ๆ

มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหลังได้รับวัคซีน โดยได้รับข้อมูลความรู้จากการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดีย



วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบแผนการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-test and post-test design) เพื่อศึกษาผลของการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคล ต่อความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพฯ จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ตามแนวคิดของ Polit and Hungler⁷ โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในการทำวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ (Smart phone) ที่มีโปรแกรมไลน์ (Line application)
3. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และอนุญาตให้ติดต่อเมื่อกลับบ้าน
4. ระดับความรู้สติปกติ สามารถรับรู้วัน เวลา และสถานที่ และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
5. สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี
6. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกันโดยการจับคู่ (match pair) ตามคุณลักษณะของ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระดับคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองที่ประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 มีคะแนนใกล้เคียงกัน ต่างกันไม่เกิน 10 คะแนน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อมัลติมีเดียเรื่องโรคโควิด-19 การได้รับวัคซีน และการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีแบบแผนการการให้สุขศึกษาที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ของเบคเกอร์⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ขั้นที่ 2 เป็นการให้สุขศึกษา ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility), การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity), การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefit), การรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier), สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cues to action) และการรับรู้ความสามารถ (Self-efficacy) และขั้นที่ 3 อภิปรายร่วมกับหาแนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ประสบการณ์การได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีน และแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วย 3 คะแนน คือ ปฏิบัติ 2 คะแนนคืออาจจะปฏิบัติ และ 1 คะแนนคือไม่ปฏิบัติ คำถามเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบบสอบถามผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.67 ถึง 1 และทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก หมายเลข มนอ.สว. 05/2564 ก่อนเข้าเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลและนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนองานวิจัย ผลการวิจัยสรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น รวมทั้งอธิบายการปฏิเสธ/ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

ระยะเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเดือนธันวาคม 2564 ถึง 31 มกราคม 2565 ณ ศูนย์ฉีดวัคซีน โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองจนแล้วเสร็จจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มควบคุมที่สามารถจับคู่ (match pair) กับกลุ่มทดลองตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง

ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจาก ศูนย์ฉีดวัคซีน โรงพยาบาลมิชชั่นกรุงเทพฯ โดยประสานงานขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมิชชั่น ติดต่อประสานงานแผนกผู้ป่วยนอก และศูนย์ฉีดวัคซีน เพื่ออธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ข้อมูลจำนวนผู้มาใช้บริการฉีดวัคซีน และขออนุญาตใช้สถานที่เพื่อการดำเนินการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการวิจัย ณ ศูนย์ฉีดวัคซีนที่ตั้งอยู่ที่โบสถ์คริสตจักร วันเสาร์ และแผนก wellness โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพฯ

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองภายหลังกลุ่มทดลองฉีดวัคซีนเสร็จสิ้น และดำเนินการในห้องสังเกตอาการหลังได้รับวัคซีน ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลอง โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

ขั้นตอนที่ 2

ผู้วิจัยดำเนินการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล ณ ห้องแยกภายในห้องสังเกตอาการ ด้วยการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียด้วยแท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ (Ipad) ดำเนินการให้สุขศึกษาทั้ง 5 กิจกรรม ขณะที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในห้องสังเกตอาการ คือ

กิจกรรมที่ 1 Perceived susceptibility การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการอธิบายบทบาทของโรคโควิด และเปิดสื่อมัลติมีเดียที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 วิธีการระบาด และความเสี่ยงของการเกิดโรค ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 2 Perceived severity การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการเปิดสื่อมัลติมีเดียที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 3 Perceived benefit การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ โดยการเปิดสื่อมัลติมีเดียที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประโยชน์ของการฉีดวัคซีน และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้หลังได้รับวัคซีน ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 4 cues to action สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ โดยการเปิดสื่อมัลติมีเดียที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 5 Perceived barrier การรับรู้อุปสรรค โดยการพูดคุยค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย ใช้เวลา 5-10 นาที

กิจกรรมที่ 6 Self-efficacy คือความสามารถของตนเอง โดยสอบถามการรับรู้ความสามารถของตัวเองหลังได้รับการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย และให้ความมั่นใจในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนกลับบ้าน ใช้เวลา 5-10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 วันที่ 7 หลังฉีดวัคซีน ผู้วิจัย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้แบบ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับ วัคซีนโควิด-19 โดยอ้างอิงระยะเวลาติดตามผลตาม ระยะเวลาการติดตามผลข้างเคียงของวัคซีนใน แนวทางการปฏิบัติ (guideline) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการติดตามทางโทรศัพท์

กลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองภายหลัง ดำเนินการในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับ กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบาย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบสอบถาม ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ภายหลังฉีดวัคซีนเสร็จสิ้น ในการสังเกตอาการหลังฉีดวัคซีน 30 นาที ให้กลุ่ม ตัวอย่างรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ ฉีดวัคซีน โดยการบรรยายแบบกลุ่มใหญ่ในห้อง สังเกตอาการตามปกติ

ขั้นตอนที่ 3 วันที่ 7 หลังฉีดวัคซีน ผู้วิจัย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้แบบ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับ วัคซีนโควิด-19 โดยอ้างอิงระยะเวลาติดตามผลตาม ระยะเวลาการติดตามผลข้างเคียงของวัคซีนใน แนวทางการปฏิบัติ(guideline) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการติดตามทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีน โควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired sample t-test กำหนดระดับ

ความเชื่อมั่นที่ .05 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียและ กลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ด้วยสถิติ independent sample t-test กำหนดระดับ ความเชื่อมั่นที่ .05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงจำนวน 34 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.7 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีระดับ การศึกษา ระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 นับถือศาสนา พุทธเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ได้รับ ความรู้ในการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 แหล่งความรู้ที่ได้รับมากที่สุด คือความรู้จากสื่อออนไลน์ จำนวน 44 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.3

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนน ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการให้สุขศึกษา ด้วยสื่อมัลติมีเดีย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าใน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการ ดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนการได้รับ สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดีย เท่ากับ 57.83 คะแนน คะแนนหลังได้รับสุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดีย เท่ากับ 65.27 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired sample t-test พบว่า ความสามารถในการดูแล ตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับ

การให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแล

ตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับสุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดีย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียในกลุ่มทดลอง (n=30)

ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	57.83	3.65	13.07	<.001*
หลังการทดลอง	65.27	1.68		

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียและกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 65.27 คะแนน และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 59.27 คะแนน นำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent sample t-test พบว่ากลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม นั่นคือ การให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลทำให้ผู้ที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 มีความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	57.83	3.67	0.32	.752
กลุ่มทดลอง				
กลุ่มควบคุม	58.13	3.66	9.03	<.001*
หลังการทดลอง	65.27	1.68		
กลุ่มควบคุม	59.27	3.27		

*p<.05

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแตกต่างกัน โดยความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย การให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลครั้งนี้ใช้ประยุกต์มาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้สุศึกษาอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นหากมีการติดเชื้อโควิด-19 และมีการรับรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้ที่ได้รับ สุศึกษามีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลให้มีการดูแลตัวเองที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พันธ์ญา ชันติจิตร, ไวยพร พรหมวงศ์, ชนุกร แก้วมณีและอภริณี เจริญนุกูล¹⁰ ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ซึ่งความเชื่อของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และการศึกษาของเพ็ญศรี ผาสุก¹¹ ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และพบว่าปัจจัยกระตุ้นที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยคือความรู้ คำแนะนำ

จากบุคลากรทีมสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แต่การให้สุศึกษาในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ตามปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจึงมีการพัฒนาการใช้สื่อมัลติมีเดียมาใช้ในการให้สุศึกษากับผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เป็นการเว้นระยะห่างและลดระยะเวลาในการสนทนาของผู้ที่ให้สุศึกษากับผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน ซึ่งพบว่าการใช้สื่อมัลติมีเดียในการให้สุศึกษาขณะที่ยังรอสังเกตอาการหลังได้รับวัคซีนได้รับความสนใจ มีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการให้สุศึกษาเป็นอย่างดี ส่งผลทำให้ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการใช้สื่อมัลติมีเดียทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น¹²

และการศึกษานี้พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 หลังได้รับการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียและหลังการให้คำแนะนำตามปกติแตกต่างกัน โดยหลังได้รับการให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคลสูงกว่าการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย การให้สุศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียเป็นการให้สุศึกษาแบบรายบุคคลจะทำให้ผู้ฟังมีความสนใจในสิ่งที่เป็นความรู้และพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติอย่างแท้จริง และเป็นการให้สุศึกษาร่วมกับให้คำปรึกษาที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย การค้นหาปัญหาและวางแผนร่วมกันจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทำให้การดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับ

วัคซีนโควิด-19 สามารถทำได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอูมา มีโพธิ์สม⁹ พบว่าการให้สุขศึกษาแบบรายเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และจากการสังเกตขณะให้สุขศึกษาในประเด็นที่สนใจจะมีการสนทนาร่วมกันและซักถามประเด็นที่สงสัยได้ขณะเดียวกันเมื่อพบว่าการดูแลตนเองในบางประเด็นที่กระทำได้ยากสามารถปรึกษาหารือหาแนวทางการปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริงร่วมกันได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการบริหารจัดการสำหรับการจัดหน่วยบริการฉีดวัคซีนในส่วนของการดูแลหลังจากฉีดวัคซีน ให้มีการให้ความรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียแบบรายบุคคล จัดสรรพื้นที่สำหรับการให้คำแนะนำ บริหารทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมกับการให้บริการ

2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่ประชาชนที่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการวิจัยเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาด้วยสื่อมัลติมีเดียในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆให้มีความรู้ และสามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในแต่ละโรค

2. วิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียให้เป็นสื่อออนไลน์สำหรับการศึกษาด้วยตนเองและนำไปใช้ในการดูแลตนเองหลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19

3. วิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมกับการพัฒนาเทคโนโลยีด้านอื่นๆและนวัตกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมหลายกลุ่มโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพมหานครที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิกที่สนับสนุนทุนอุดหนุนสำหรับการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Abel, B., David, G., Anik, I., and Suraiya, J, B.A. Literature Review of Economy of COVID-19. (Internet). 2020. (Cited 2021 September 10) Available from : <https://ftp.iza.org/dp13411.pdf>
2. สุรัชย์ โชคครชิตไชย. การระบาดของไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในประเทศไทย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563; 10(1): ฎ.
3. ญัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564; 4(1): 33-48.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.(อินเทอร์เน็ต). 2564.
5. บวรลักษณ์ ขจรฤทธิ์ และบุญภา ปณิษฐอัมพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชากรในจังหวัดสมุทรปราการ 2564. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2564 เข้าถึงจาก <http://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sun18/6214070058.pdf>
6. พรชัย โนนจ้อย. การให้สุขศึกษา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564;36(2): 246-251.
7. Polit DF, Hungler BP. Nursing research principles and methods. Philadelphia:

- J.B. Lippincott; 1999
8. Abraham C, Sheeran P. The Health Belief Model. In: Coner M, Norman, editor. Predicting and Changing Health Behavior Research and Practice with Social Cognition Models. 3th ed. New York:McGraw-Hill Publisher; 2015. p. 30-69.
 9. อูมา มีโพธิ์สม. ประสิทธิภาพของการให้สุศึกษาแบบรายเดี่ยวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. มหाराชนครศรีธรรมการเวชสาร2561; 1(2): 13-22.
 10. พันธ์ญา ชันติจิตร์,ไวพร พรหมวงศ์, ชนกร แก้วมณี และอภิรดี เจริญกุล. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์2564; 5(2): 39-52.
 11. เพ็ญศรี ผาสุก. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ2563; 16(1): 44-55.
 12. จิตินันท์ ภูพานันท์,ธีราพร ชูสกุล, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์และสายทิพย์ สุทธิรักษา.การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการใช้สื่อมัลติมีเดีย. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน2559; 12(2): 33-43.

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก

รวิพิง นุ่มสารพัฒน์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Received: 15 ส.ค.65

Revised: 14 พ.ย.65

Accepted: 20 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศและมีการระบาดทั่วประเทศไทยและในจังหวัดนครนายก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน สร้างรูปแบบ และประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา: รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง อสม.หมอประจำบ้าน ประธาน อสม.หมอประจำบ้าน และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของจังหวัดนครนายก จำนวน 428 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวิเคราะห์เอกสารแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60-0.90 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ dependent t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน มีความรู้เพิ่มขึ้นจาก 13.70 เป็น 18.40 คะแนน มีทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 16.40 เป็น 25.20 คะแนน และมีพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นจาก 20.10 เป็น 30.40 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

สรุปผลการศึกษา: รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านที่สร้างขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมให้มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อสม.หมอประจำบ้าน, พฤติกรรมควบคุมป้องกันโรค

*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

Potential development of Village Health Volunteer Home doctor for control and prevention Coronavirus Disease 2019, Nakhon Nayok Province

Rumpueng Numsarapadnuk M.Sc. (Public Health)*

Abstract

Introduction: The coronavirus disease 2019 is an international public health emergency and has spread across Thailand and Nakhon Nayok Province. The objectives of the study were to investigate the situation, develop a model and evaluate the potential development of VHV home doctors for the control and prevention of Coronavirus Disease 2019.

Method: Through an action research design, the study investigated a sample group of 428 village health volunteer home doctors, the president of village health volunteers, and those responsible for public health works in Nakhon Nayok Province. The instruments were a document review form, a questionnaire, in-depth interviews, and focus group discussion. The validity of the instruments was assessed using the Index of Item Objective Congruence, and the score was between 0.60-0.90. The reliability determined by Cronbach's alpha was 0.79. Frequency, percentage, mean, standard deviation, dependent t-test, and content analysis were used for analyzing data.

Results: After the potential of volunteer home doctors were enhanced, the level of their knowledge increased from 13.70 to 18.40 points. Their attitude increased from 16.40 to 25.20 points, and their control behaviors for the prevention of Coronavirus Disease 2019 increased from 20.10 to 30.40 points with a statistical significance at $p < 0.001$ level.

Conclusion: Potential development of village health volunteer home doctors for the control and prevention of Coronavirus Disease 2019 can help enhance their knowledge as well as improving their attitudes and behaviors towards the prevention of the spread of the Coronavirus Disease 2019.

Keywords: Coronavirus disease 2019, VHV Home doctor, Disease control behavior

*Quality and Service Development Group, Nakhon Nayok Public Health Office

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ต่อมาได้ระบาดไปยังหลายประเทศทั่วโลกจนถึงปัจจุบัน ติดต่อผ่านทาง การไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนและสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค ต่อมาในปี 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค¹ สำหรับประเทศไทยมีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศจีน และมีการระบาดเป็นกลุ่มใหญ่ในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงโดยเร็ว และป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น²

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2565 มีประชากรทั่วโลกติดเชื้อโควิด-19 ถึง 520,365,421 คน มีผู้เสียชีวิต 6,286,692 คน โดยมีประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด 5 อันดับแรก คือ สหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล ฝรั่งเศส และเยอรมัน สำหรับประเทศไทย ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2565 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในลำดับที่ 24 ของโลก มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 4,264,998 คน เสียชีวิต จำนวน 29,421 คน และยังคงมีผู้ติดเชื้อ

เพิ่มขึ้นทุกวัน และมีการเริ่มฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แล้ว สำหรับจังหวัดนครนายก มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 22,881 ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 จำนวน 16 ราย และติดเชื้อในช่วงเดือนเมษายนถึงวันที่ 12 พฤษภาคม 2565 จำนวน 22,865 ราย และในช่วงเวลาดังกล่าว มีผู้เสียชีวิตจำนวน 198 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในวัยแรงงาน ในช่วงเวลาของการระบาดในปี 2563 - 2565 จังหวัดนครนายกจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดนครนายก โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดนครนายก เป็นประธานคณะกรรมการ มีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาและควบคุมโรคระบาดที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด โดยในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข มี อสม. และ อสม.หมอประจำบ้าน เป็นภาคีเครือข่ายที่สำคัญที่ช่วยดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในพื้นที่ชุมชน³

อสม.หมอประจำบ้าน คือ อสม. ที่เป็นประธานระดับหมู่บ้านและตำบล หรือผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้ที่อบรมในหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้นำในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชน ร่วมกับทีม อสม. อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ทีมหมอครอบครัว เครือข่ายสุขภาพ และประชาชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดรายจ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ลดการไปโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความแออัด และค่าใช้จ่ายในการไปโรงพยาบาล⁴ ในสถานการณ์ปัจจุบัน อสม. หมอประจำบ้านเป็นบุคลากรด่านหน้าที่เป็นพลังสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ภายใต้แนวทางการจัดระบบที่มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเคาะประตู สสำรวจสุขภาพตนเอง ให้

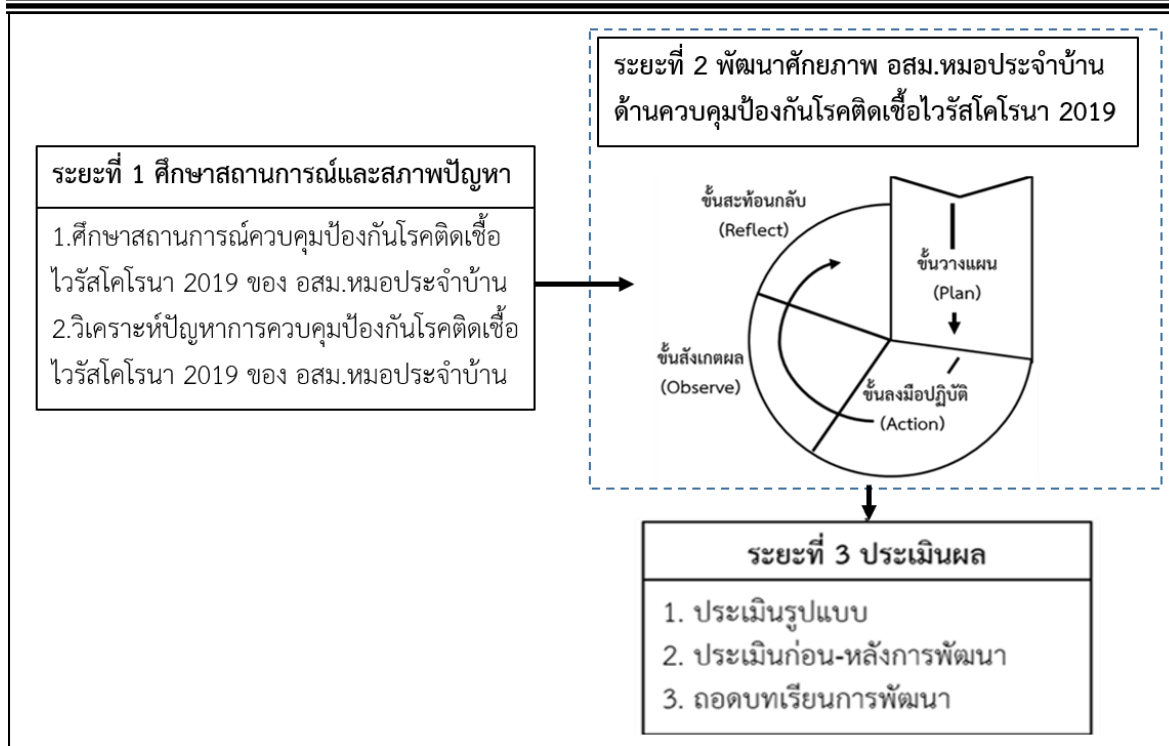
ความรู้แก่ประชาชน วัตถุประสงค์และสังเกตอาการเบื้องต้น บันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงาน ผลการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง เป็นต้น จากการศึกษาสถานการณ์พบว่า อสม.หมอบรรจําบ้านในฐานะที่เป็นบุคลากรด่านหน้าที่เป็นพลังสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน บางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะความสามารถในการจัดการปัญหา รวมถึงการค้นหากลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรค⁵ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอบรรจําบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก ตามแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรแบบอิงสมรรถนะ⁶ และแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง⁷ เพื่อให้ อสม.หมอบรรจําบ้าน มีความรู้ ทักษะ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดนครนายกได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน สร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ และประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอบรรจําบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.หมอบรรจําบ้าน จังหวัดนครนายก ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบรรจําบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจร สร้างความรู้⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนกลับ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบรรจําบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อสม. หมอประจักษ์บ้าน ประธาน อสม. หมอประจักษ์บ้าน และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของ จังหวัดนครนายก จำนวน 428 คน จากข้อมูลของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) อสม. หมอประจักษ์บ้าน เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนจึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ

0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 คน และเพื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 20 คน ดังนั้นขนาด อสม. หมอประจักษ์บ้าน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 408 คน

2) ประธาน อสม. หมอประจักษ์บ้าน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกอำเภอละ 5 คน รวมจำนวน 20 คน และการสนทนากลุ่ม อำเภอละ 3 คน จำนวน 12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

3) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย อำเภอละ 2 คน รวมจำนวน 8 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อ

งานวิจัย

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้จำนวน 4 ประเภท ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดเครื่องมือการวิจัยแต่ละประเภท ดังนี้

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยใช้แบบวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏรายละเอียดในคำสั่งรายงานการประชุมคำสั่ง เอกสารประกอบการรายงานสถานการณ์และสภาพปัญหาการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. หมอประจำบ้าน จังหวัดนครนายก โดยแบ่งแบบวิเคราะห์เนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเนื้อหา และส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การดำเนินงานพัฒนาศักยภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน โดยใช้หลัก 7s Model⁹

2.2 แบบสอบถาม อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการพัฒนา ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. หมอประจำบ้าน

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประธาน อสม. หมอประจำบ้าน และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก

2.4 แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.

หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือทั้ง 3 ประเภทเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของ อสม. หมอประจำบ้าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณได้แก่ แบบสอบถามผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของ อสม. และผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไปและทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค (Cronbach's alpha) ทีมวิจัยทำการวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.79 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นเป็นไปตามเกณฑ์

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ dependent t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบวิเคราะห์เอกสารแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวคิดเกี่ยวกับระบาดวิทยา แนวคิดเกี่ยวกับ อสม. หมอประจำบ้าน แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทฤษฎีการประเมินผล และทฤษฎีการสื่อสารเพื่อการพัฒนา โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้วและนำเสนอเชิงพรรณนา

4. การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เลขที่ NPHO 2022-010 รหัสโครงการที่ 10/2565 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2565 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดย

ข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงใจในระหว่างการทำนกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. หมอประจำบ้าน จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า อำเภอเมืองนครนายก อำเภอบ้านนา อำเภอองครักษ์ และอำเภอปากพลี ได้มีการออกคำสั่งระดับอำเภอ เช่น เรื่องจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก (คปก. อำเภอเมืองนครนายก) เป็นต้น เพื่อกำกับดูแลตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้ ทั้ง 4 อำเภอได้กำหนดให้ อสม. หมอประจำบ้าน ออกปฏิบัติหน้าที่ตามแนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม. หมอประจำบ้าน ในการติดตามสังเกตอาการผู้ถูกกักกันบริเวณ ณ ที่พักอาศัย และยังคงกำหนดให้ อสม. หมอประจำบ้าน รายงานผลการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลของจังหวัดนครนายก

การวิเคราะห์การดำเนินงานพัฒนาศักยภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้หลัก 7s Model⁹ พบว่า (1) Strategy มีแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ความชัดเจน ครอบคลุม แต่ยังขาดการติดตาม/ประเมินผลแผนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (2) Structure โครงสร้างองค์กรเน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. หมอประจำบ้าน แต่ยังขาดอำนาจในการตัดสินใจ (3) System อสม. หมอประจำบ้าน ให้บริการในเขตบริการพื้นที่รับผิดชอบ (4) Style

ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของ อสม.หมอบะจ๊ะ บ้าน แต่ยังขาดการควบคุมกำกับแผน (5) Staff อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อย แต่ได้รับการฝึกอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (6) Skill อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน มีทักษะ ความรู้และความชำนาญในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม แต่ยังขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (7) Shared value มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกัน แต่ยังไม่ครอบคลุมในด้านการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้ (1) Plan เช่น การวางแผนการค้นหารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น (2) Do เช่น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาวิธีการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ (3) Check เช่น ตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น (4) Act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบเพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการสนทนากลุ่มประธาน อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 20 คน พบว่า การดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน

ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก มีการพัฒนาศักยภาพตนเองของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ประกอบด้วย (1) การสร้างเสริมความรู้ อสม.หมอบะจ๊ะบ้านโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โดยใช้หลักสูตรการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข จากนั้น อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน นำความรู้ไปถ่ายทอดให้ชุมชนรับรู้และเข้าใจในทิศทางเดียวกัน (2) การฝึกทักษะการทำงานตามบทบาท โดยการพัฒนาทักษะการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวัง การรายงานผลการสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมและป้องกันโรค (3) การสร้างและเรียนรู้เครื่องมือที่จำเป็น เช่น Application อสม.ออนไลน์ เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวังและการรายงาน การสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังใช้เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว ทันเวลามีเสถียรภาพ ผ่านระบบการรายงานผลการดำเนินงานที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรแบบอิงสมรรถนะ⁶ แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง⁷ และความรู้เกี่ยวกับบทบาทของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาพิจารณากำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายที่ต้องการพัฒนา 2) กำหนดเนื้อหาสาระและมวลประสบการณ์ 3) กำหนดวิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้แนวคิด หลักสูตรอิงสมรรถนะ⁶ ที่มุ่งเน้นความสามารถของผู้เรียนเป็นหลักร่วมกับแนวคิด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ 4) การตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้ององค์ประกอบโครงสร้างหลักสูตรโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และ 5) รูปแบบการวัดและประเมินผล ใช้แบบวัดความรู้ ทักษะ และสมรรถนะการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบประเมินความคิดเห็นที่มีต่อหลักสูตรฯ

4. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบริเวณบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก พบว่า

1) ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก

13.70 เป็น 18.40 คะแนน

2) ทักษะเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการเปรียบเทียบทักษะเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.40 เป็น 25.20 คะแนน

3) พฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.10 เป็น 30.40 คะแนน

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.หมอบริเวณบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=408)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t	p-value
1.ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				
ก่อนการทดลอง	13.70	1.83	8.41	<0.001
หลังการทดลอง	18.40	0.70		
2.ทักษะเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				
ก่อนการทดลอง	16.40	1.26	19.90	<0.001
หลังการทดลอง	25.20	1.03		
3.พฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				
ก่อนการทดลอง	20.10	4.60	5.97	<0.001
หลังการทดลอง	30.40	1.65		

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้อยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเรื่องการประสานงานและบูรณาการดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่มากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 (SD = 0.50) รองลงมาคือ มีสื่อและสิ่งสนับสนุนที่เพียงพอและตรงกับความต้องการโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 (SD = 0.70) และมีความพึงพอใจในเรื่องระบบและเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม และมีความต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.68 (SD = 0.62)

อภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ด้านการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก เป็นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านที่มีคุณภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการสร้างหลักสูตรได้ยึดขั้นตอนการออกแบบหลักสูตรแบบอิงสมรรถนะเป็นหลัก⁶ มีการวิเคราะห์สมรรถนะที่พึงประสงค์ที่จะให้เกิดกับ อสม.หมอประจำบ้าน ผู้เข้ารับการอบรมโดยการวิเคราะห์ศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้หลัก 7s Model⁹ ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มประธาน อสม.หมอประจำบ้าน และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม รวมทั้งวิเคราะห์สมรรถนะที่มีอยู่เดิม

ของผู้เข้ารับการอบรม ทำให้ได้รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่พึงประสงค์อย่างแท้จริง และใช้แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง⁷ ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของหลักสูตร ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีลักษณะเป็นวงล้อที่มีการเรียนรู้ การสะท้อนกลับ และนำไปสู่การเรียนรู้ต่อไปไม่สิ้นสุด การฝึกอบรมทุกขั้นตอนจะเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ มีความยืดหยุ่นโดยจะมีการปรับเนื้อหา วิธีการ และสื่อการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม มีรูปแบบที่สนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ เป็นสื่อให้บุคคลได้ทำกิจกรรมและเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ร่วมกับฝึกอบรมที่มีกิจกรรมหลากหลาย เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การแนะนำให้รู้จักกัน เทคนิคการใช้เกม การแสดงบทบาทสมมติ การใช้เพลงประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้สร้างบรรยากาศในการฝึกอบรมแบบกัลยาณมิตร โดยมีวิทยากรเป็นผู้กระตุ้นจุดประกายความคิด อำนวยความสะดวกให้เกิดความสะดวกในการฝึกอบรมให้ราบรื่น ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความคุ้นเคยซึ่งกันและกันจึงให้ความร่วมมือและกล้าแสดงออกและลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้น

ด้านการประเมินผลการพัฒนา ศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า หลักสูตรแบบอิงสมรรถนะ⁶และแนวทางการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังรูปแบบการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม⁷ สามารถทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยประเด็นความรู้ในด้านควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ การอบรมพัฒนา ศักยภาพให้ อสม.หมอประจำบ้านมีความรู้ เพิ่มพูนทักษะ ความสามารถ

และสร้างมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ใกล้ชิดกับประชาชน ต้องประสานบูรณาการการทำงานและสร้างความร่วมมือการแก้ไขปัญหาทุกด้านร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, และภาสินี โทอินทร์ (2564) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ส่งผลทำให้การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี เต็มอุดม, ศิริลักษณ์ ใจช่วง, กรกพร ไทรสุวรรณ, พเยาวดี แอปไธสง และ บารเมษฐ์ ภีราล่ำ (2564) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการ AIC สามารถเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ข่าวสาร ด้วยความร่วมมือของชุมชน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศได้เป็นอย่างดี¹¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิลาวณีย์ พิเชียรเสถียร (2563) ที่กล่าวว่าบุคลากรและทีมสุขภาพควรปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม เมื่อพิจารณาผลการประเมินและตรวจสอบ ความถูกต้องของการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และคณะกรรมการ พขอ. มีความคิดเห็นตรงกันว่ารูปแบบดังกล่าวมีความถูกต้อง เป็นไปได้ มีความเหมาะสมเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ที่มีลักษณะต่อเนื่อง กระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สะท้อนความคิดด้วยตนเอง ตั้งแต่กระบวนการค้นหาสภาพปัญหาที่แท้จริง การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ขาดความรู้ในการเฝ้าระวังโรค มีการดำเนินงานที่ไม่ถูกต้องหลังจากผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคได้มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกัน ตั้งแต่ร่วมคิดวางแผน ดำเนินการ ตลอดจนประเมินผลร่วมกัน ส่งผลให้ ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงานดังกล่าว เห็นได้จากองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ตลอดจนหน่วยงานเอกชนในพื้นที่ให้การสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในพื้นที่เพิ่มขึ้น¹² สอดคล้องกับการศึกษาของอรณัส ยวงทอง (2557) ที่พบว่ากระบวนการวางแผน เตรียมความพร้อม ลงมือปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานระดับอำเภอ ระดมความคิดเห็นเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น แกนนำชุมชน และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ติดตามความก้าวหน้า ตรวจ สอบและประเมินผล สรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่อง ด้านผลการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่สามารถแก้ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อได้เป็นอย่างดี สามารถพัฒนาระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพให้มีมาตรฐาน¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของพิษณุรักษ์ กันทวิ (2563) ที่พบว่า ผลลัพธ์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ ทำให้มีกระบวนการดำเนินงานที่ดี มีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ให้ยั่งยืน และได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารทั้งในระดับกระทรวง และในระดับพื้นที่อย่างเต็มที่¹⁴

ข้อเสนอแนะ**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้**

1. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม. หมอประจำบ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครนายก ครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคอื่น ๆ ได้ทั้งโรคติดต่อทั่วไปและโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำตามบริบทของพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2. สถาบันการศึกษาและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้หลักสูตรแบบอิงสมรรถนะและแนวทางการจัดการศึกษาในการสร้างรูปแบบการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพแก่ อสม. หมอประจำบ้าน อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนให้มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดความเสี่ยงล้มล่าของข้อมูล และดำเนินแผนการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยด้านการติดตามทางสังคมที่อาจจะเกิดขึ้นต่อกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และญาติผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV.. [Internet]. [Retrieved February 11, 2022, from <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefingon-2019-ncov-on-11-february-2022>.

2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก; 2563.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. สรุปสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. นครนายก; 2564.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามสังเกตอาการผู้ถูกกักกันบริเวณ ณ ที่พักอาศัย (home quarantine). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน; 2563.
5. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีธรรม, นวรัตน์ ไชยมภู, กชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2563, 12(3): 195-212.
6. ปราณี สังฆะตวรรัตน์ และ สิริวรรณ ศรีพล. ประมวลสาระการพัฒนาหลักสูตรและวิธีวิทยาการสอนหน่วยที่ 1-2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2536.
7. นิตยา เพ็ญศิริรักษา. การสร้างพลัง. วารสารเพื่อสุขภาพ (ฉบับพิเศษ) 2540; 18-20.
8. Kemmis, S. & McTaggart, R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University press; 1990.
9. กษิรา นิธิชนนันต์ และคณะ. องค์การที่มีประสิทธิภาพตามแนวคิดปัจจัย 7 ประการของ McKinsey. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย 2563, 13(3); 159-167.
10. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และ ภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564, 30(1); 53-61.

11. รัชณี เต็มอุดม, ศิริลักษณ์ ใจช่วง, กรกพร ไทรสุวรรณ, เพียวดี แอปโฮสง และ บาร์เมษฐ์ กิราล้า. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยความร่วมมือของชุมชนในจังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564, 28(1); 1-13.
12. วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพ. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2563; 7(1);7-24.
13. อรณัฐ ยวงทอง. ประเมินผลโครงการอำเภอกวควบคุมโรคเข้มแข็งแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการแพทย์เขต 11 2557, 28(3); 629-35.
14. พิษณุรักษ์ กันทวิ. ประเมินผลโครงการสร้างความตระหนัก และเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ตามแนวพรมแดนไทย-ราชอาณาจักรกัมพูชา – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว – สาธารณรัฐแห่งสหภาพ-เมียนมา ปีงบประมาณ 2558-2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563, 14(1); 51-61.

การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Telehealth : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

กริช อังวิฑูรสถิตย์*
พรณี บัญชรหัตถกิจ**

Received: 24 ส.ค.65

Revised: 1 ธ.ค.65

Accepted: 2 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

ในการดูแลผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันนี้ ที่มีการแข่งขันที่กำลังเริ่มต้น เพราะประเทศไทยเรากำลังเดินหน้าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ หนึ่งในยุทธศาสตร์แห่งชาติที่ทางรัฐบาลให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ เข้าสู่ตลาดการให้บริการทางด้านสาธารณสุข สถานพยาบาล และบ้านพักคนชรา เพื่อรองรับทั้งผู้ป่วยและผู้สูงอายุในประเทศไทย และตลาดจากต่างประเทศ ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยในการบริการแก่ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ให้ความน่าสนใจของผู้ที่จะเข้ามาใช้บริการ หรือผู้สูงอายุที่ต้องการหาที่พักพิงยามเกษียณอายุ นอกจากความสะดวกสบายในด้านที่พักแล้ว “การบริการด้านกายภาพบำบัด” ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยในการช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น เข้ามาใช้บริการด้วยเช่นกัน ในสังคมไทยก่อนที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปรากฏการณ์การขาดแคลนนักกายภาพบำบัด อีกทั้งมีความต้องการของตลาดแรงงานสูงมาก ทำให้นักกายภาพบำบัดมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการในขณะนี้ อัตราการว่างงานของสตรีชาวไทยส่วนใหญ่ที่เป็นไปตามจารีตประเพณี ที่เมื่อแต่งงานแล้ว มักจะหยุด ทำงานและเฝ้าอาศัยเลี้ยงดูบุตรหลานและครอบครัวเท่านั้น แม้กลุ่มสตรีดังกล่าวจะมีความต้องการหางานทำ แต่ก็ยากที่จะเสาะหาตำแหน่งงานที่เหมาะสม ดังนั้นหากสามารถสร้างนวัตกรรมในการใช้ร่วมกับอาชีพ เพื่อเป็นการเสริมความรู้ในการประกอบอาชีพที่เหมาะสม จึงควรที่จะเร่งเสาะหาวิธีการหรือวิชาการที่มีนวัตกรรมใหม่ ในการจูงใจให้แก่กลุ่มสตรีเหล่านั้นหันมาสนใจ ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน “การเรียนรู้วัฒนธรรมด้านเทคโนโลยีระบบ Telehealth” (โทรสุขภาพ) การให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศทางไกล เพื่อใช้มาเป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มศักยภาพให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

คำสำคัญ: Telehealth, การเพิ่มศักยภาพการบริการ, การดูแลผู้สูงอายุ

*ประธานบริษัทในเครือบริษัทสากลธุรกิจเลิศรวมมิตร จำกัด

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์จังหวัดปทุมธานี

Improving the potentials of elderly care by telehealth System: A Systematic Review

Kich Aungvitulsatit*

Panee Banchonhattakit**

Abstract

Thailand has approached the aging society resulting in the competition in the elderly care industry. One of the government's national strategies is to support and encourage innovations in healthcare services, medical facilities, and retirement home that aim to facilitate both local and foreign patients and retirees. Apart from convenience, one of the key factors attracting retirees or prospective customers to choose retirement homes in Thailand is physical therapy services. However, due to the aging society and the increasing demand for skilled physical therapists, Thailand is encountering the shortage of physical therapists. In addition, the unemployment rate for women in Thailand remains high because, according to the traditional value, many females leave their job to stay at home to do the housework and take care of their children and family. Even if they wish to find a job, it is difficult to find a suitable one. Therefore, the use of new innovations that can be applied to such suitable jobs or enhancing the knowledge of their jobs is a possible solution to the problem. Female workers would then be interested in learning new knowledge and applying their knowledge to their jobs. With innovation, they would earn more income which could support their family in this economic condition. Learning telehealth which is a system that facilitates the provision of medical services to the retirees living in remote areas with the help of information technology is therefore a very attractive option for them.

Keywords: Telehealth, Service potential enhancement, Elderly care

*Kich Aungvitulsatit, Master of Economics Ramkhamhaeng University

**Assoc. Prof. Panee Banchonhattakit, Dr.PH, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

บทนำ

เปิดรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2565 ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังจากเมื่อสามปีก่อนนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.3% ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 0.5% การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการบริการสุขภาพและความต้องการงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลมากขึ้น อีกทั้งผู้สูงวัยในประเทศน่าจะเป็นการเผชิญกับสภาพเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่า รวมทั้งค่าครองชีพที่สูงขึ้น รูปแบบการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เช่น การขาดการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง การต้องอยู่ตามลำพัง และการพึ่งพาทางการเงิน เป็นต้น ซึ่งมีเทคโนโลยีดิจิทัลหลากหลายรูปแบบที่สามารถตอบโจทย์ความท้าทายเหล่านี้ได้ ซึ่งสังคมไทยในยุคปัจจุบันนี้ ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยจึงทำให้เกิดการที่เกี่ยวเนื่องจากสังคมผู้สูงวัย เช่น สถานพยาบาลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล คลินิกแพทย์ สถานพักฟื้น หรือแม้แต่สถานบ้านพักคนชรา หรือบ้านพักคนวัยเกษียณได้มีการเปิดให้บริการ และเป็นส่วนหนึ่งของการบริการแก่ประชาชนด้านสาธารณสุขที่จำเป็น ดังนั้นส่วนประกอบของสถานที่ดังกล่าวมาข้างต้น นอกจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกรแล้ว ที่ขาดไม่ได้ อีกบริการหนึ่งคือ “นักกายภาพบำบัด” ซึ่งเป็นการบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ได้เข้ามาใช้บริการ เพราะปัจจัยที่เป็นหัวใจการบริการด้านสาธารณสุข นอกจากแพทย์ผู้ชำนาญการรักษายาบาลที่มีการบริการด้วยใจเมตตาและอบอุ่น ยารักษาโรคที่เภสัชกรจัดยาให้อย่างมี

ประสิทธิภาพสูงแล้ว ที่ขาดไม่ได้คือ นักกายภาพที่สามารถช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นี่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับปัจจัยของการให้บริการ แต่เนื่องจากสังคมไทยช่วงที่ผ่านมา ในระยะที่ยังไม่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยเต็มตัว นักกายภาพบำบัดมักจะถูกละเลยหรือมองข้ามเสมอ ทำให้อาชีพนี้เป็นอาชีพที่ไม่ค่อยได้รับความนิยมเล่าเรียนจากนักศึกษาเท่าที่ควร ด้วยเหตุปัจจัยจากตำแหน่งงานที่มีไม่มาก หรือความต้องการ (Demand) ของตลาดแรงงานมีไม่มากเท่าบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ อีกทั้งค่าตอบแทนของนักกายภาพบำบัดจะน้อยกว่าอาชีพอื่น จึงทำให้แต่ละปี มีการผลิตนักกายภาพบำบัดออกมาไม่มากนัก แต่เมื่อสภาพของสังคมผู้สูงวัยเข้ามาสู่ประเทศไทย ความต้องการนักกายภาพบำบัดเริ่มมีมากขึ้น จึงทำให้การจัดหา (Supply) ของแรงงานในด้านนี้ มีไม่เพียงพอต่อความต้องการ อีกทั้งหากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไป การขาดแคลนนักกายภาพบำบัดก็จะมีมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยเห็นว่าการเพิ่มทางเลือกในด้านนี้ หากสามารถนำเอาเทคโนโลยีด้านปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence) หรือ AI เข้ามาช่วย ด้วยการสร้างนวัตกรรมใช้ Telehealth เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ก็จะเป็นผลดียิ่ง

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการนำ Telehealth เข้ามา ก็ยังคงต้องใช้แรงงานมนุษย์อยู่ดี จึงต้องมีแนวคิดที่จะแสวงหาแรงงานดังกล่าว เข้ามาควบคุมการดำเนินกิจการดังกล่าวด้วย จึงหันมามองหากลุ่มแรงงานที่มีความเป็นไปได้ ทั้งด้านอุปทานของแรงงาน (Labor Supply) และทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม จึงคิดว่าการสร้างงานให้แก่กลุ่มแม่บ้านสตรีผู้ว่างงาน คือทางออกที่ดีที่สุด กล่าวคือกลุ่มสตรีผู้ว่างงานส่วนใหญ่ จะมีความเคร่งครัดต่อจรรยาบรรณและธรรมเนียม

ปฏิบัติทางศาสนาเป็นอย่างดี ซึ่งสตรีกลุ่มนี้ของสังคมไทยจะอาศัยกันเป็นครอบครัวใหญ่ และผู้ชายจะเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัว ส่วนผู้หญิงมักจะอาศัยการเลี้ยงบุตร-ธิดาและดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ดังนั้นในสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจปัจจุบัน หากมีการสร้างงานให้แก่สตรีกลุ่มนี้ ได้มีโอกาสในการทำงานที่ตนเองถนัด และสามารถทำงานแบบชั่วคราวในเวลาว่าง เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ ก็จะส่งผลดีต่อเศรษฐกิจครัวเรือน อีกทั้งยังส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนั้นยังสร้างสังคมให้มีความสงบสุขได้อีกด้วย

ทางด้านการจัดหานวัตกรรมของ Telehealth และความรู้ของการใช้ประโยชน์ดังกล่าว หากทางภาครัฐที่มีกระทรวงแรงงาน มหาวิทยาลัยด้านสาธารณสุขและแพทย์ พยาบาลต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมให้การฝึกฝนให้แก่ผู้สนใจทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายที่กล่าวมาแล้ว การแก้ไขปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรด้านการพยาบาลบัณฑิต ก็จะหมดสิ้นไป หรือหากมีเอกชนที่มีทั้งสถานพยาบาลและโรงเรียนเอกชนต่างๆ เข้ามามีส่วนช่วยส่งเสริมก็จะสามารถทำให้อัตราของของไทย อาจจะก้าวกระโดดเข้ามาเป็นผู้นำทางด้าน “บ้านพักคนวัยเกษียณ” เพื่อฟื้นฟูสุขภาพและพำนักระยะยาวในบ้านพักผู้สูงอายุ ในภาคพื้นเอเชียได้อย่างสวยงาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อใช้ระบบ Telehealth ในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาคุณลักษณะและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานโดยใช้ Telehealth เพื่อการรักษาโรคต่าง ๆ อาทิเช่น ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ Telehealth กลายมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานระยะไกล ภายใต้สถานการณ์ที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการการควบคุม

โรคของรัฐ ซึ่งได้รับผลตอบแทนที่ดีจากผู้ใช้บริการ นอกจากสถานการณ์โรคระบาดแล้ว ยังประกอบกับองค์ประกอบด้านความสามารถในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การลดต้นทุนค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเข้ารับบริการ และด้วยสมรรถนะทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย จึงส่งผลให้ Telehealth มีแนวโน้มความต้องการใช้บริการเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ดังนั้น จึงสามารถใช้ฝึกอบรมกลุ่มสตรีผู้ว่างงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพการเรียนรู้ การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เพื่อศึกษาคุณลักษณะและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ.2011-2022) ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นบทความ งานวิจัย จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Google Scholar โดยใช้คำสำคัญหรือ Key word คือ Telehealth, , Elderly care, Unemployed women, บ้านพักคนวัยเกษียณ โดยเลือกใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย (inclusion criteria) PICO โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ประชากร (P: population) กลุ่มสตรีผู้ว่างงาน
- 2) สิ่งแทรกแซง (I : intervention) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ผ่านระบบ Telehealth, Rehabilitation
- 3) กลุ่มเปรียบเทียบ (C: comparisons) ไม่มี
- 4) ผลลัพธ์ (O: outcome) เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาการสร้างงานให้แก่สตรีผู้ว่างงาน ที่มีกระบวนการดำเนินการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1) กำหนดการค้นหาคำ (Search Strategies) โดยผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากระบบฐานข้อมูล Google Scholar และกำหนดช่วงเวลา

ของบทความวิจัยระหว่างปี ค.ศ.2011-2022 ซึ่ง
ฐานข้อมูลส่วนใหญ่จากต่างประเทศ

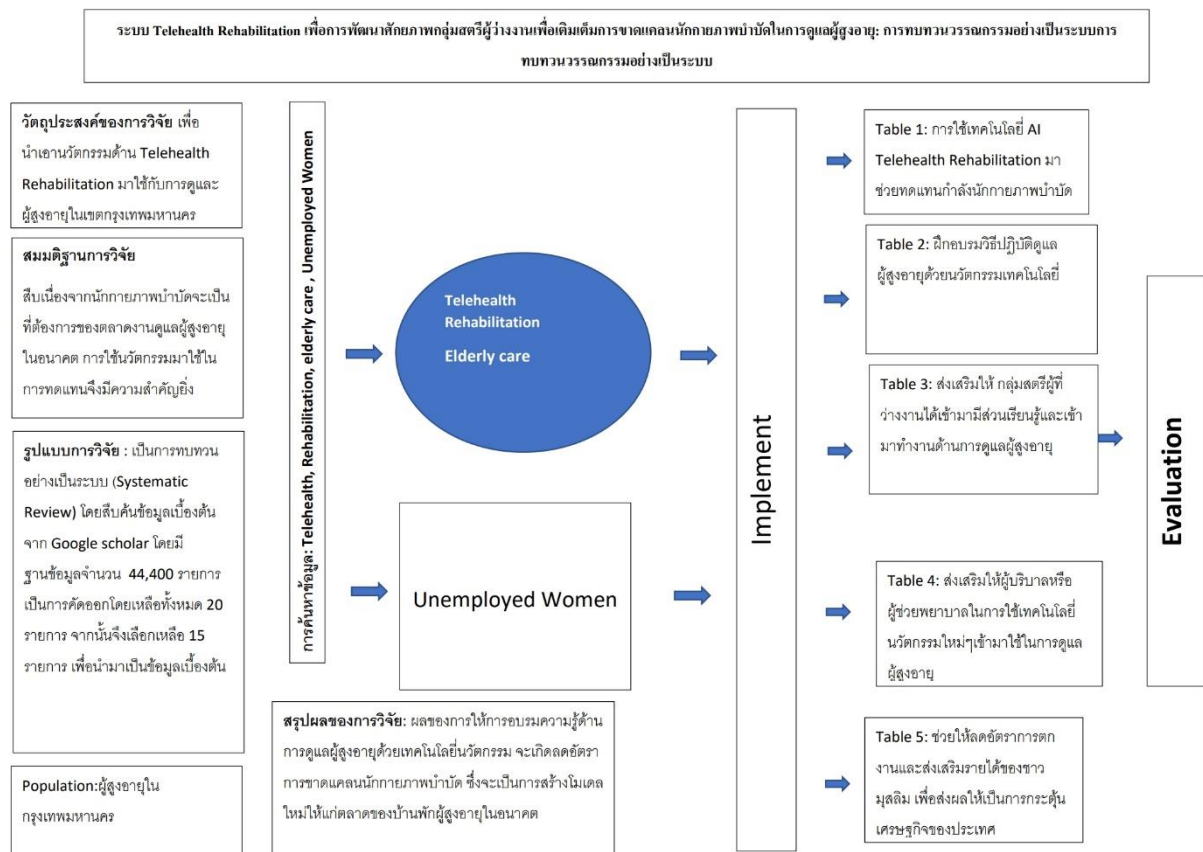
2) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกบทความวิจัย
(Selection Criteria)

3) การสกัดข้อมูล (Data Extraction) การ
พิจารณาข้อมูลของบทความวิจัยเป็นไปตามเกณฑ์
การคัดเลือก ที่ประกอบด้วยเนื้อหาของบทความ
วิจัยสมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อใช้ในการบ่งบอก
วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบวิจัย สถิติที่ใช้

แนวคิดทฤษฎี เครื่องมือวิจัย และสรุปผล
อย่างชัดเจน

4) การประเมินคุณภาพบทความวิจัย
(Quality Assessment) ผู้วิจัยอ่านบทความวิจัย
อย่างละเอียดทั้ง 15 ฉบับ เพื่อตรวจสอบคุณภาพ
ให้เป็นไปตามมาตรฐานบทความวิจัย ประเมิน
ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยใช้แบบประเมิน
คุณภาพงานวิจัยของ Heller RF (2008)

Identification	ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัย (Systematic review) โดยทำการสืบค้นบทความจาก ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Google Scholar การสืบค้นดังกล่าว มีบทความที่สืบค้นได้มากถึง 44,400 รายการ Keyword : (1) Telehealth Rehabilitation, (2) 16,600 รายการจาก 1+Elderly care, (3) 5,380\ รายการจาก 1+2 Unemployed Women
Screening	จากการสืบค้นมีการคัดกรองบทความที่มีความเกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน 5,380 รายการ
Eligibility	คัดกรองคุณสมบัติด้วยการอ่านทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยทั้งหมด 20 รายการ ตัดออกอีก 12 รายการ
Included	เหลือบทความวรรณกรรมงานวิจัยทั้งหมด 8 รายการ



กลุ่มตัวแปรในการวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ตัวแปรอิสระ คือ กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การเรียนรู้ผ่านระบบ Telehealth ของนักกายภาพบำบัด

ตัวแปรจัดกระทำ คือ Telehealth system กระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ในการใช้เครื่องมือ Telehealth

ตัวแปรตาม คือ กลุ่มแม่บ้านสตรีผู้ว่างงานที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นผ่านเครื่องมือ Telehealth

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นข้อมูลบทความวิจัยด้านสุขภาพ ด้วยเครื่องมือสืบค้นต่างๆ

ลำดับ (No.)	ปี (Year)	ผู้แต่ง(ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (design/method)	กลุ่มเป้าหมาย (population)	พื้นที่ (area)	การสรุปผลการศึกษา (result)	ระดับของหลักฐาน (Level of evidence)
1	2011	Stickland, Michael K Jourdain, Tina Wong, Eric YL Rodgers, Wendy M Jendzjowsky, Nicholas G MacDonald, G Fred	Using Telehealth technology to deliver pulmonary rehabilitation to patients with chronic obstructive pulmonary disease	เพื่อตรวจประสิทธิภาพของปอดผ่าน Telehealth (Telehealth-PR) เปรียบเทียบกับตรวจแบบผ่านโปรแกรมมาตรฐานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล (Standard-PR)	การศึกษาเชิงเปรียบเทียบแบบสุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มแรก 147 ราย กลุ่มที่สอง 262 ราย	กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง 409 ราย ภายในโรงพยาบาล	ประเทศแคนาดา	Telehealth-PR เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการตรวจรักษาปอด COPD และแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงสุขภาพและความสามารถในการออกกำลังกายที่เทียบได้กับ Pulmonary Rehabilitation ทั่วไป ไม่ได้มีความแตกต่างกัน	งานวิจัยแบบ RCTs
2	2021	Ottomanelli, Lisa Cotner, Bridget ANjoh, EniO'Connor, Danielle R Jones, Victor A Smith, Bridget M Fishalow, Jaclyn Levy, CE	Veteran and provider perspectives on telehealth for vocational rehabilitation services	เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกายของทหารผ่านศึก	สอบถามเพื่อวัดผลความพึงพอใจ	กลุ่มทหารผ่านศึกจำนวน 22 คน	ภาคตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา	ทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยต่างก็ตระหนักถึงประโยชน์ของ Vocational Rehabilitation service ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาด้านเทคโนโลยี เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการ	งานวิจัยแบบ RCTs
3.	2021	Batalik, Ladislav Pepera, Garyfallia Papathanasiou, Jannis Rutkowski, Sebastian Liška, David Batalikova, Katerina Hartman, Martin FelšŮci, Marián Dosbaba, Filip %J Journal of Clinical Medicine	Is the training intensity in phase two cardiovascular rehabilitation different in telehealth versus outpatient rehabilitation?	เพื่อประเมินและเปรียบเทียบการปฏิบัติตามความเข้มข้นของการฝึกผ่าน CR ระยะที่ 2 12 สัปดาห์	การศึกษาเชิงเปรียบเทียบแบบสุ่มตัวอย่าง	กลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ	-	หลักฐานการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแบบจำลอง CR ของ telehealth มีความคล้ายคลึงกันในความเข้มข้นของการฝึกอบรมกับ CR ผู้ป่วยนอกทั่วไปในผู้ป่วย CAD ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำถึงปานกลาง	งานวิจัยแบบ Quasi-experimental

ลำดับ (No.)	ปี (Year)	ผู้แต่ง(ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (design/method)	กลุ่มเป้าหมาย (population)	พื้นที่ (area)	การสรุปผลการศึกษา (result)	ระดับของหลักฐาน (Level of evidence)
4	2022	Brennan, Louise Sadeghi, Fatemeh O'Neill, Linda Guinan, Emer Smyth, Laura Sheill, Grainne Smyth, Emily Doyle, Suzanne L Timon, Claire M Connolly, Deirdre %J Cancers	Telehealth Delivery of a Multi-Disciplinary Rehabilitation Programmed for Upper Gastro- Intestinal Cancer: ReStOre@ Home Feasibility Study	เพื่อประเมินความ เป็นไปได้ในการนำเสนอ โปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพแบบหลาย ส่วนและหลายส่วน (ReStOre@Home) แก่ ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ผ่านทาง telehealth	การศึกษาความเป็นไปได้ ของวิธีการคัดเลือกผู้ป่วย เข้าร่วม ที่เสร็จสิ้นการ รักษามะเร็งหลอดอาหาร- กระเพาะอาหารสำหรับ โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ ทางไกล 12 สัปดาห์	กลุ่มผู้ป่วยที่รอด ชีวิตจากโรคมะเร็ง	ประเทศ ไอร์แลนด์	ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครง ซึ่งจะมีทั้งที่หลังการได้รับการผ่าตัด และอยู่ในการพักฟื้น และกลุ่มที่ ได้รับเคมีบำบัด โดยการใช้ Telehealth Delivery of a Multi-Disciplinary Rehabilitation (ReStOre@Home) จะมีส่วนช่วย เพิ่มสุขภาพร่างกายและจิตใจให้ ฟื้นฟอย่างรวดเร็ว	งานวิจัยแบบ Quasi- experimental
5	2013	Bywood, Petra Raven, Melissa Butler, Caryn %J Adelaide: Primary Health Care Research Information Service	Telehealth in primary health care settings within Australia and internationally	เพื่อศึกษาการเข้าถึง บริการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสมมีถูกจำกัด สำหรับผู้ที่มีอายุอยู่ใน ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล	เป็นศึกษาโดยวิธีสุ่ม ตัวอย่างจากผู้ป่วยที่อยู่ ห่างไกลจากตัวเมืองและ โรงพยาบาล เพื่อทำการ เปรียบเทียบ	กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ไกล เมือง	ประเทศ ออสเตรเลีย และ ต่างประเทศ	จากผลสำรวจ ทราบว่าการใช้ Telehealth in primary health care สามารถลดความเหลื่อมล้ำ ของการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี	งานวิจัยแบบ RCTs
6	2021	Clark, Juliet Kelliher, Aisling	Understanding the needs and values of rehabilitation therapists in designing and implementing telehealth solutions	เพื่อเสริมสร้างความ เข้มแข็งของการดูแล ชุมชนและการพัฒนา ระบบสุขภาพทางไกลที่ มีผู้ดูแลเป็น องค์ประกอบ	การวิจัยเชิงสำรวจและ ติดตาม สัมภาษณ์วิดีโอออนไลน์ กับผู้เข้าร่วมสิบคน	กลุ่มผู้ป่วยทำ กายภาพที่บ้าน	ประเทศ สหรัฐอเมริกา	ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ให้ข้อมูล เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของ นักกายภาพบำบัด เผยให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและสามารถ ลดค่าใช้จ่ายสูงที่ผู้ป่วยต้องชำระให้ นักกายภาพบำบัดลง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อ ว่า ยังสามารถนำไปใช้ได้ทั่วไป สำหรับทางการแพทย์สาขาอื่นๆได้ อีกด้วย	งานวิจัยแบบ Quasi- experimental
7	2018	Inskip, JA Lauscher, H Novak Li, LC	Patient and health care professional	การระบุลักษณะที่ จำเป็นของการฟื้นฟู สมรรถภาพ,	การศึกษาเชิง แบบสอบถาม	กลุ่มผู้ป่วยปอด เรื้อรัง	ประเทศ สหรัฐอเมริกา	สรุปผลจากมุมมองของผู้ป่วย เกี่ยวกับรูปแบบการใช้เทคโนโลยี telehealth ผู้ป่วยจะนิยมใช้	งานวิจัยแบบ RCTs

ลำดับ (No.)	ปี (Year)	ผู้แต่ง(ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (design/method)	กลุ่มเป้าหมาย (population)	พื้นที่ (area)	การสรุปผลการศึกษา (result)	ระดับของหลักฐาน (Level of evidence)
		Dumont, GA Garde, A Ho, K Hoens, AM Road, JD Ryerson, CJ Camp, PG %J Chronic respiratory disease	perspectives on using telehealth to deliver pulmonary rehabilitation	กายภาพบำบัดทางไกล ของผู้ป่วยโรคปอด				เทคโนโลยีผู้บริโภคน้อยกว่าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลประจำ แต่ยังคงเปิดรับการปรับตัวทางเทคโนโลยีของ Telehealth ได้	
8.	2017	Kaambwa, Billingsley Ratcliffe, Julie Shulver, Wendy Killington, Maggie Taylor, Alan Crotty, Maria Carati, Colin Tieman, Jennifer Wade, Victoria Kidd, Michael R %J Journal of telemedicine telecare	Investigating the preferences of older people for telehealth as a new model of health care service delivery: a discrete choice experiment	การให้บริการให้บริการ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ รวมถึงการใช้รูปแบบ ใหม่ของการดูแล ผู้สูงอายุ และการฟื้นฟู สมรรถภาพ Telehealth	การศึกษาเชิงการตอบ แบบสอบถาม	กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมการศึกษา 330 คนคือ อายุ 69 ปีโดยทั่วไป	ประเทศ ออสเตรเลีย	ผู้เข้าร่วมการโครงการศึกษา แสดง ความพึงพอใจอย่างมาก ต่อการ ให้บริการสุขภาพทางไกลที่ให้การ ดูแลในทุกด้าน มีราคาไม่แพงนัก ยังสามารถมุ่งเป้าไปที่บุคคลที่อาศัย อยู่ในพื้นที่ห่างไกลโดยเฉพาะซึ่งไม่ สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลหรือ คลินิกได้โดยง่าย	งานวิจัยแบบ RCTs

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพทางไกลหรือ Telehealth ซึ่งมอบความสามารถในการให้การรักษผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ระบบ Telehealth ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และเพิ่มความเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล อีกทั้ง Telehealth ยังเพิ่ม ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการเฝ้าระวังและเก็บ รวบรวมข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยเพื่อรักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ จากผลการสืบค้นและสกัดเอกสารรายงานของการศึกษาพบว่า การใช้เทคโนโลยี Telehealth เข้ามาแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานมนุษย์เริ่มเป็นที่เชื่อมั่นของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถลดการใช้บริการจากแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งในปัจจุบันนี้ก็มีขีดจำกัดของด้านเวลาอยู่ และยังช่วยให้แพทย์ได้ใช้เวลาดังกล่าว ไปกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอยู่มากด้วย นอกจากนี้ยังไม่เพียงเป็นการใช้ในสถานบ้านพักคนวัยเกษียณเท่านั้น ยังสามารถนำเทคโนโลยี Telehealth มาให้บริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านตนเองได้ด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางด้านย่นระยะเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาลที่สูญเปล่าไปโดยใช่เหตุ ด้านการดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถนะของผู้สูงอายุ ไม่ได้มีความแตกต่างกับการดูแลในสถานที่แต่ประการใด

ในด้านผู้ประกอบการ การใช้เทคโนโลยี Telehealth มาใช้ในสถานประกอบการ นอกจากจะเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาขาดแคลนแรงงานแล้ว ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการใช้บุคลากร ซึ่งต้นทุนของการใช้แรงงาน ไม่เพียงแต่จะเกิดจากค่าแรงเท่านั้น ยังมีต้นทุนแฝงอีกมากมาย เช่น ต้นทุนการใช้อุปกรณ์ในที่ทำงาน ต้นทุนค่าดูแลพนักงานทุกด้าน ต้นทุนจิตปาดะเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนของพนักงาน ซึ่งหากนำเอา

เทคโนโลยี Telehealth มาใช้ ก็เปรียบเสมือนการใช้แรงงานหุ่นยนต์มาทำงาน ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้อย่างยอดเยี่ยม

ในด้านการสร้างงานให้กับกลุ่มสตรีผู้ว่างงาน นอกจากจะแก้ไขปัญหาการไม่ได้มีงานทำแล้วยังสามารถแก้ไขปัญหาสังคม ซึ่งส่วนใหญุ่มักจะเกิดจากการที่ประชาชนมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย นอกเหนือจากการสร้างความสัมพันธ์ภายในครัวเรือน ยังสามารถสร้างรายได้ให้แก่ครัวเรือนของประชาชนทั่วไปด้วย ซึ่งสตรีผู้ว่างงานเหล่านี้สามารถใช้เวลาว่างที่ไม่ได้ทำงานอื่น ๆ เช่นการว่างเว้นจากการดูแลบุตร-หลาน มาทำงานเพื่อแสวงหารายได้พิเศษได้อีกด้วย อีกทั้งยังเสริมสร้างเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศชาติได้เป็นอย่างดีด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ผลของการวิจัยครั้งนี้ เทคโนโลยี Telehealth (โทรสุขภาพ) การให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศทางไกล มาใช้ในสถานการณ์ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเต็มรูปแบบของประเทศไทย (complete aging society) จะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับทั้งผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ แต่ก็ต้องคำนึงถึงว่าอาจจะมีกลุ่มคนที่อาจจะเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพได้ อันเนื่องมาจากการเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีดังกล่าว รวมทั้งการไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารด้วย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. โรงพยาบาลชุมชน หรือ รพ.สต. ต้องปิดช่องว่างดังกล่าวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำที่จะเกิดขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. (Batalik et al., 2021; Brennan et al., 2022; Bywood, Raven, Butler, & Service, 2013; Clark & Kelliher, 2021; Inskip et al., 2018; Kaambwa et al., 2017; Ottomanelli et al., 2021; Stickland et al., 2011)
2. Batalik, L., Pepera, G., Papathanasiou, J., Rutkowski, S., Liška, D., Batalikova, K., . . .

- Dosbaba, F. J. J. o. C. M. (2021). Is the training intensity in phase two cardiovascular rehabilitation different in telehealth versus outpatient rehabilitation? , 10(18), 4069.
3. Brennan, L., Sadeghi, F., O'Neill, L., Guinan, E., Smyth, L., Sheill, G., . . . Connolly, D. J. C. (2022). Telehealth Delivery of a Multi-Disciplinary Rehabilitation Programme for Upper Gastro-Intestinal Cancer: ReStOre@ Home Feasibility Study. 14(11), 2707.
 4. Bywood, P., Raven, M., & Butler, C. (2013). Telehealth in primary health care settings within Australia and internationally. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service.
 5. Juliet Clark and Aisling Kelliher. 2021. Understanding the Needs and Values of Rehabilitation Therapists in Designing and Implementing Telehealth Solutions. In CHI Conference on Human Factors in Computing Systems Extended Abstracts (CHI '21 Extended Abstracts), May 8–13, 2021, Yokohama, Japan. ACM, New York, NY, USA 6 Pages. <https://doi.org/10.1145/3411763.3451704>Inskip, J., Lauscher, H. N., Li, L., Dumont, G., Garde, A., Ho, K., . . . Camp, P. J. C. r. d. (2018). Patient and health care professional perspectives on using telehealth to deliver pulmonary rehabilitation.PMCID: PMC5802656 DOI: 10.1177/ 1479972317709643
 7. Kaambwa, B., Ratcliffe, J., Shulver, W., Killington, M., Taylor, A., Crotty, M., . . . telecare. (2017). Investigating the preferences of older people for telehealth as a new model of health care service delivery: a discrete choice experiment. Soc Sci Med 23(2), 301-313.
 8. Ottomanelli, L., Cotner, B. A., Njoh, E., O'Connor, D. R., Jones, V. A., Smith, B. M., . . . Levy, C. J. F. P. (2021). Veteran and provider perspectives on telehealth for vocational rehabilitation services. FEDERAL PRACTITIONER.3, e32-36.
 9. Stickland, M. K., Jourdain, T., Wong, E. Y., Rodgers, W. M., Jendzjowsky, N. G., & MacDonald, G. F. J. C. r. j. (2011). Using Telehealth technology to deliver pulmonary rehabilitation to patients with chronic obstructive pulmonary disease. Canadian Respiratory Journal 18(4), 216-220.

ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ โรงพยาบาลสระบุรี

จริยา สุกรพันธ์, พ.บ., วว.สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู *

Received: 26 ส.ค.65

Revised: 25 ต.ค.65

Accepted: 28 ต.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (electrodiagnosis) และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging (MRI)) เป็นการตรวจเพิ่มเติมช่วยในการวินิจฉัยโรคประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ อย่างไรก็ตามการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะแสดงถึงรายละเอียดต่างๆของโรคและมีข้อจำกัดในการส่งตรวจที่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยโรคประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ รวมทั้งความผิดปกติที่พบในการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาชนิดพรรณนาแบบภาพตัดขวางแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive cross-sectional study) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยโรคประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บซึ่งได้เข้ารับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย ณ โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2565 โดยมีทั้งผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า นำมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทั้งสองและลักษณะความผิดปกติที่พบจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

ผลการศึกษา: กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด 47 คน สงสัยโรคประสาทส่วนคอ คิดเป็นร้อยละ 48.9 สงสัยโรคประสาทส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บร้อยละ 51.1 เป็นเพศชายร้อยละ 51.1 เพศหญิงร้อยละ 48.9 มีผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่เป็นผลปกติ (normal) ร้อยละ 38.2 การตัดประสาท (denervation) ร้อยละ 53.2 การมีประสาทไปเลี้ยงใหม่ (reinnervation) ร้อยละ 4.3 และการเปลี่ยนแปลงเกิดจากประสาทเรื้อรัง (chronic neurogenic change) ร้อยละ 4.3 ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบกระดูกสันหลังมีลักษณะเสื่อม (degeneration) ร้อยละ 10.6 การโป่ง (bulging) ร้อยละ 14.9 การยื่น (protrusion) ร้อยละ 8.5 และการกดรากประสาท (nerve root compression) ร้อยละ 66 ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าทั้งกลุ่มโรคประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรคประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ อาจพิจารณาส่งตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเพิ่มเติมในกรณีตรวจไม่พบการกดรากประสาทจากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือไม่สามารถเข้ารับการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าได้

คำสำคัญ: การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า, การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย, ความสัมพันธ์, โรคประสาทส่วนคอ, โรคประสาทส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ

*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี

An Associations between Electrodiagnosis and Magnetic Resonance Imaging Results in Patients Suspected with Cervical and Lumbosacral Radiculopathy in Saraburi Hospital

Jariya Supornpun, MD. Rehabilitation Medicine*

Abstract

Introduction: Electrodiagnosis and magnetic resonance imaging (MRI) are some of the most widely performed methods. Both of them provide disease information; however, they had different limitations. This study aimed to investigate the associations between electrodiagnosis and MRI in patients in Saraburi Hospital who were suspected to have cervical and lumbosacral radiculopathy. Abnormality occurred from those two methods were also analyzed.

Methods: A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted in 47 patients who were suspected to have cervical and lumbosacral radiculopathy and scheduled for electrodiagnosis from 1st January 2015 to 28th February 2022 at Saraburi Hospital. Data were collected from electrodiagnosis and MRI reports and analyzed for the associations between the two methods and abnormality that was found in those two methods.

Results: Forty-seven patients were divided into 24 males (51.1%) and 23 females (48.9%). 48.9% and 51.1% of the patients were suspected to have cervical radiculopathy and lumbosacral radiculopathy, respectively. The electrodiagnosis results of 38.2% of the patients were normal. Nerve root compression was found in 66% of the patients, followed by denervation (53.2%), bulging (14.9%), degeneration (10.6%), protrusion (8.5%), and reinnervation and chronic neurogenic change (4.3% each), respectively. The association between electrodiagnosis and MRI in detecting cervical and lumbosacral radiculopathy was not statistically significant.

Conclusion: An association of the electrodiagnosis and MRI in both groups of cervical and lumbosacral radiculopathy was not found. Therefore, the study of electrodiagnosis was considered when the nerve root compression was not detected by MRI or the patients could not be examined with MRI.

Keywords: Association, Cervical radiculopathy, Electrodiagnosis, Lumbosacral radiculopathy, Magnetic Resonance Imaging

*Department of Rehabilitation Medicine, Saraburi Hospital

บทนำ

โรคกระดูกประสาท (radiculopathy) คือ การเกิดความผิดปกติของรากประสาทที่เกิดจากพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น หมอนรองกระดูกเคลื่อน (herniated intervertebral disc) กระดูกงอก (bone spur) ความไม่มั่นคงของข้อต่อกระดูกสันหลัง (spinal instability) เป็นต้น¹ มีการศึกษาอุบัติการณ์ประจำปีของโรคกระดูกประสาทคอ (cervical radiculopathy) ผู้ชายคือ 107.3 ต่อ 100,000 และในผู้หญิง 63.5 ต่อ 100,000² โดยสาเหตุที่พบบ่อย คือ การกดทับรากประสาทโดยตรง (direct compression of nerve root) รวมถึงการมีหมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น (prolapsed intervertebral disc) หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม (disc degeneration) และข้อเสื่อม (osteoarthritis of the apophyseal joint) ทำให้เกิดอาการ ปวด ชา การรับความรู้สึกผิดปกติ หรืออ่อนแรงตามมาได้

การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจรังสีวินิจฉัย และการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (electrodiagnosis) สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคกระดูกประสาท³ ภาวะนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกส่งมาตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging (MRI)) โดยการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเป็นการตรวจที่ใช้กันทั่วไปในการช่วยวินิจฉัยโรคกระดูกประสาท^{4,5} ไฟฟ้าวินิจฉัยยังสามารถช่วยกำหนดระดับไขสันหลังที่มีพยาธิสภาพ ช่วยบอกความรุนแรงของโรค รวมถึงระดับความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประวัติของผู้ป่วยและการตรวจร่างกายที่พบไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย⁶ หรือช่วยวินิจฉัยแยกโรคบางอย่างที่มีอาการคล้ายหรือเป็นร่วมกับโรคกระดูกประสาทได้ อย่างไรก็ตามการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในผู้ป่วยที่สงสัยโรคกระดูกประสาทนั้นมีความแปรปรวนขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่นการเลือกผู้ป่วย ระดับ

ของไขสันหลังที่เกิดพยาธิสภาพ รูปแบบการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย^{7,8} ระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรค เป็นต้น ผลของการศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ทั้งมากและน้อยระหว่างการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และการตรวจเพิ่มเติมด้วยภาพถ่ายทางรังสีหรือตำแหน่งที่พบจากการผ่าตัด⁷ การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี (imaging technique) เป็นการตรวจที่ใช้บ่อยและแพร่หลายในการตรวจประเมินผู้ป่วยที่สงสัยโรคกระดูกประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า⁶ จะตรวจพบความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของภาวะนี้ทางกายวิภาคได้

อนึ่งการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยจะสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ทางสรีรวิทยาของรากประสาทและการทำงานที่แท้จริงของรากประสาท ส่วนการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะแสดงถึงรายละเอียดโครงสร้างของรากประสาทและเนื้อเยื่อรอบข้าง ดังนั้นการตรวจด้วยไฟฟ้าวินิจฉัยหรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า จึงช่วยในการประเมินโรคผู้ป่วยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมได้

มีการศึกษาความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกระดูกประสาทที่คอบพบว่าความไวของการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเท่ากับร้อยละ 76 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 93 ขณะที่ความไวของการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเท่ากับร้อยละ 34 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 74 สรุปจากการศึกษาได้ว่าการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ามีความไวและความจำเพาะมากกว่าการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย⁹ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Safa และคณะได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจการนำไฟฟ้าของเส้นประสาทซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจไฟฟ้า

วินิจฉัย และการตรวจร่างกาย (physical examination) ในผู้ป่วยโรครากประสาทที่ส่วนเอวร่วมได้กระบวนเหนือ พบว่าผลการตรวจทางระบบประสาทที่ผิดปกติสามารถใช้ทำนายการกดทับเส้นประสาทในการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าได้ แต่ผลการตรวจร่างกายในเชิงบวก (positive finding) ไม่ได้ทำนายการตรวจการนำไฟฟ้าของเส้นประสาทที่ผิดปกติ เช่นเดียวกับผลการตรวจเชิงลบ (negative finding) ที่ไม่สามารถตัดความผิดปกติการนำไฟฟ้าของเส้นประสาทได้นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ที่จะเพิ่มการตรวจการศึกษาการนำกระแสประสาท เมื่อผลการตรวจทางคลินิกไม่ตรงกับผลการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือยังไม่สามารถบอกความผิดปกติหลังการตรวจได้¹⁰

มีการศึกษาความสอดคล้องของผลการตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อจากผลของ Mozaffar และคณะ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย กล่าวว่าผลการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเป็นเครื่องมือวินิจฉัยที่ดีที่สุดสำหรับการประเมินโรครากประสาท แต่สามารถใช้การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อแทนการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ในการวินิจฉัยโรครากประสาทได้ เนื่องจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเป็นการศึกษาที่ลุกล้ำเข้าไปในร่างกาย (invasive study) มากกว่าการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ดังนั้นการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยจึงควรพิจารณาเป็นเครื่องมือช่วยวินิจฉัยในลำดับที่สอง¹¹ นอกจากนี้ Zahra และคณะ ทำการเปรียบเทียบการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยกับการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยสงสัยโรครากประสาท สรุปว่าทั้งสองการตรวจเป็นการตรวจเพิ่มเติม มีความเหมาะสมที่จะตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเมื่อผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ากับผลทางคลินิกไม่ตรงกันหรือเมื่อไม่พบความผิดปกติจากการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า⁶

ในส่วนของการสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทั้งสองนี้ Yildiz และคณะ พบความสัมพันธ์ของการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรครากประสาทส่วนเอว แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรครากประสาทส่วนคอ¹² และการศึกษาของ Roon และคณะ ยังสรุปว่าการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับข้อมูลทางคลินิกมากกว่าการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ดังนั้นการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยอาจมีประโยชน์ในการป้องกันการแทรกแซง (intervention) ที่ไม่จำเป็น และการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยให้ข้อมูลทางสรีรวิทยา (physiological status) ของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อได้เพิ่มเติมจากการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เนื่องจากการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าให้ข้อมูลทางกายวิภาคและรายละเอียดโครงสร้างที่อาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังเรื้อรัง¹³

แม้ว่าทั้งสองเครื่องมือมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย แต่ก็มีข้อจำกัดบางอย่างในแต่ละเครื่องมือ โดยการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยมีแนวโน้มที่จะตรวจไม่พบความผิดปกติ เช่น หากทำการตรวจเร็วเกินไป โรคไม่รุนแรง หรือมีพยาธิสภาพเฉพาะในส่วน of เส้นประสาทรับรู้¹² และยังต้องการความร่วมมือในการตรวจของผู้ป่วย⁶ ส่วนการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าอาจให้ข้อมูลความผิดปกติของกระดูกสันหลังทางโครงสร้างที่อาจไม่ได้สัมพันธ์กับอาการทางคลินิก เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนอาจพบในผู้ไม่มีอาการ หรือพยาธิสภาพที่พบนั้นไม่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยได้¹² นอกจากนี้การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยยังขึ้นอยู่กับผู้ตรวจ (operator dependent) วิธีที่แตกต่างกันในการตรวจ (different method) หรือค่าปกติ ที่แตกต่างกันในแต่ละที่⁶ รวมถึงขณะนี้การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

ในประเทศไทยยังไม่สามารถทำได้ในทุกโรงพยาบาล

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รวมทั้งความผิดปกติที่พบในการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บที่เข้ารับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่โรงพยาบาลสระบุรี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ

วัตถุประสงค์รอง ศึกษาความผิดปกติที่พบจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ

สมมติฐานการวิจัย

มีความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ

กลุ่มประชากรและการคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{ดังสมการ} \quad n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \times P \times (1-P)}{d^2}$$

โดยกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 ค่าความคลาดเคลื่อน (d) ที่ 0.1 สัดส่วนระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่พบลักษณะการตัดประสาท (denervation) และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่พบลักษณะการกดรากประสาท (nerve root compression) (P) = 0.118¹² คำนวณได้ 40 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion and exclusion criteria)

มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี 2) มีประวัติหรือการตรวจร่างกายสงสัยหรือวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นโรครากประสาทส่วนคอหรือส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ ที่มีอาการมากกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถตรวจพบลักษณะการตัดประสาท (denervation) และการมีประสาทไปเลี้ยงใหม่ (reinnervation) จากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยได้¹² 3) มีผลการตรวจทั้งการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย (exclusion criteria) คือ 1) อาการเป็นจากอุบัติเหตุ โรคเนื้องอกหรือมะเร็ง ความผิดปกติแต่กำเนิด หรือโรคติดเชื้อ 2) มีประวัติการผ่าตัดกระดูกหลังก่อนตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

ขั้นตอนการวิจัย

เริ่มศึกษาหลังผ่านการรับรองโครงร่างงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี ตามหมายเลข EC007/2565 ผู้วิจัยทำการค้นหาผู้ป่วยจากทะเบียนการมาตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2565 จากนั้นทบทวนประวัติของผู้ป่วยจากโปรแกรมเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์การตรวจผู้ป่วยนอก โดยมี ICD10 M50.1 M51.1 G55.1 ทำการสืบค้นผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รวบรวมข้อมูล ทบทวนประวัติรายบุคคลและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก โดยใช้เป็นรหัสแทนและไม่ใช้ ชื่อ-นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (hospital number) หรือ

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนผู้ป่วย ตัวแปรที่น่าสนใจ

เพศ อายุ ตำแหน่งที่สงสัยโรคกระดูกประสาท ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ซึ่งลักษณะที่พบจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย อ้างอิงตามการแบ่งของ Yildiz และคณะ¹² มีการแบ่งดังนี้ 1) ผลปกติ (normal): ไม่พบความผิดปกติหรือพบความผิดปกติเฉพาะกล้ามเนื้อข้างกระดูกสันหลัง (paraspinal muscles) 2) การตัดประสาท (denervation): พบ abnormal spontaneous fibrillation and/or positive sharp waves 3) การมีประสาทไปเลี้ยงใหม่ (reinnervation): พบลักษณะ polyphasic และ/หรือ neurogenic increased amplitude และ duration motor unit action potentials (MUAPs) 4) การเปลี่ยนแปลงเกิดจากประสาทเรื้อรัง (chronic neurogenic changes): ลดจำนวนของ motor unit action potentials (MUAPs) พบการเพิ่ม duration

ใน ส่วน ของ ผล การ ตรวจ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า มีการแบ่งดังนี้ 1) การเสื่อม (degeneration): degenerative abnormality ของ spine 2) การโป่ง (bulging): disc bulging 3) การยื่น (protrusion): disc protrusion และ 4) การกดรากประสาท (nerve root compression)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

พรรณนาตัวแปรชนิดต่อเนื่อง (continuous data) ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละ พรรณนาตัวแปรชนิดกลุ่ม (categorical data) ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้านอนพารามेटริก (nonparametric statistics) ด้วยสถิติ Pearson's Chi-square test

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยสงสัยโรคกระดูกประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บที่มารับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยโรงพยาบาลสระบุรี ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก มีจำนวนทั้งสิ้น 47 คน ประกอบด้วยสงสัยโรคกระดูกประสาทส่วนคอ 23 คน (ร้อยละ 48.9) และสงสัยโรคกระดูกประสาทส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ 24 คน (ร้อยละ 51.1) ข้อมูลส่วนอายุ เพศและระยะเวลาระหว่างการตรวจทั้งสองวิธี ดังแสดงตามตารางที่ 1 โดยผู้ป่วยทั้งหมดมีผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่เป็นผลปกติ 18 คน (ร้อยละ 38.2) การตัดประสาท 25 คน (ร้อยละ 53.2) การมีประสาทไปเลี้ยงใหม่ 2 คน (ร้อยละ 4.3) และการเปลี่ยนแปลงเกิดจากประสาทเรื้อรัง 2 คน (ร้อยละ 4.3) ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบว่า มีลักษณะเสื่อมจำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.6) การโป่ง 7 คน (ร้อยละ 14.9) การยื่น 4 คน (ร้อยละ 8.5) และการกดรากประสาท 31 คน (ร้อยละ 66) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อทำการดูข้อมูลแยกรายกลุ่ม ระหว่างโรคกระดูกประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ เป็นดังนี้ กลุ่มโรคกระดูกประสาทส่วนคามีจำนวนทั้งสิ้น 23 คน อายุเฉลี่ย(ปี) 58.13 ± 7.96 อายุน้อยที่สุด 39 ปี มากที่สุด 70 ปี เป็นเพศชาย 11 คน (ร้อยละ 47.8) เพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 52.2) มีผลไฟฟ้าวินิจฉัย ผลปกติ 10 คน (ร้อยละ 43.5) การตัดประสาท 12 คน (ร้อยละ 52.2) การมีประสาทไปเลี้ยงใหม่ 1 คน (ร้อยละ 4.3%) และไม่พบผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดจากประสาทเรื้อรัง ในส่วนของการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบลักษณะเสื่อม 1 คน (ร้อยละ 4.3) การโป่ง 3 คน (ร้อยละ 13) การยื่น 2 คน (ร้อยละ 8.7) และการกดรากประสาท 17 คน (ร้อยละ 74)

กลุ่มโรครากประสาทส่วนเอวร่วมได้ กระเบนเหน็บ มีจำนวนทั้งสิ้น 24 คน อายุเฉลี่ย(ปี) 58.75 ± 13.92 อายุน้อยที่สุด 33 ปี มากที่สุด 79 ปี เป็นเพศชาย 13 คน (ร้อยละ 54.2) เพศหญิง 11 คน (ร้อยละ 45.8) มีผลไฟฟ้าวินิจฉัยปกติ 8 คน (ร้อยละ 33.3) การตัดประสาท 13 คน (ร้อยละ 54.2) การมีประสาทไปเลี้ยงใหม่ 1 คน (ร้อยละ 4.2) และการเปลี่ยนแปลงเกิดจากประสาทเรื้อรัง 2 คน (ร้อยละ 8.3) ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบลักษณะเสื่อม 4 คน (ร้อยละ 16.7) การโป่ง 4 คน (ร้อยละ 16.7) การยื่น 2 คน (ร้อยละ 8.3) และการกดรากประสาท 14 คน (ร้อยละ 58.3) เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้ กระเบนเหน็บ ($P 0.954$, $P 0.610$) ดังในตารางที่ 4

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาค้างนี้ มีประวัติหรือ การตรวจร่างกายสงสัยหรือเข้าได้หรือวินิจฉัย เบื้องต้นเป็นโรครากประสาทส่วนคอหรือส่วนเอวร่วมได้ กระเบนเหน็บ ตรวจพบความผิดปกติของการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่ร้อยละ 61.7 ตรวจพบ การกดรากประสาทจากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าอยู่ที่ร้อยละ 66 การตรวจทั้งสอง เป็นการส่งตรวจเพิ่มเติมที่สามารถช่วย วินิจฉัยโรครากประสาทได้ ทั้งนี้การส่งตรวจเพิ่มเติมทั้งสองวิธี มีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่าง กันดังที่กล่าวข้างต้น การพิจารณาส่งตรวจ เพิ่มเติมในกลุ่มโรคนี้นี้ยังมีความหลากหลาย¹⁴ จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติของผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยทั้งกลุ่ม โรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้ กระเบนเหน็บ สามารถอธิบายตามการศึกษาของ

Singh และคณะ ซึ่งการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยจะให้ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางสรีรวิทยาของ เส้นประสาทและกล้ามเนื้อ ในขณะที่ตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าแสดงให้เห็นเกี่ยวกับกายวิภาคและ รายละเอียดโครงสร้างของระบบประสาทและ ไขสันหลัง¹³

แม้ว่าในบางการศึกษาพบว่าความไว และความจำเพาะของการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะสูงกว่าการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยโรครากประสาท ผลการศึกษาค้างนี้ จากผู้ป่วยทั้งหมด มีจำนวนร้อยละ 42.6 ที่พบทั้ง การกดรากประสาทจากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย ส่วนผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่พบ ความผิดปกติจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยแต่พบ การกดรากประสาทมีจำนวนร้อยละ 61.1 และ ผู้ป่วยที่ไม่พบการกดรากประสาททั้งหมดจากการ ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าแต่ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยมีถึงร้อยละ 56.3 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าในผู้ป่วยสงสัยโรค รากประสาทอาจพิจารณาส่งตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย เพิ่มเติม เมื่อผู้ป่วยมีผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าไม่อธิบายและไม่สอดคล้องกับ อาการทางคลินิก หรืออาจส่งตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าได้

โดยสรุปการตรวจทั้งสองสามารถช่วย วินิจฉัยโรครากประสาทได้แต่ยังมีข้อจำกัดที่ แตกต่างกันดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้น การเลือก ส่งตรวจเพิ่มเติมอย่างเหมาะสม สามารถเพิ่ม ศักยภาพในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ลดความไม่จำเป็นในการส่งตรวจ เพื่อประโยชน์ ของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษา

การศึกษานี้ ยังมีข้อจำกัดในส่วนของการ ศึกษาเป็นแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ ไม่ได้กำหนดแนวทางการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่

เป็นลักษณะเดียวกัน และมีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก
ในการศึกษาครั้งนี้ควรมีการเก็บข้อมูลแบบไป

ข้างหน้า ใช้จำนวนผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงการ
ควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อการแปลผลตรวจทั้งสองวิธี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่าง (N=47)

	จำนวน(ร้อยละ)
ตำแหน่งที่สงสัยพยาธิสภาพ, คน	
ส่วนคอ	23(48.9)
ส่วนเอวร่วมใต้กระเบนเหน็บ	24(51.1)
อายุ(ปี), คน	
21-40	4(8.5)
41-60	22(46.8)
61-80	21(44.7)
เพศ, คน	
ชาย	24(51.1)
หญิง	23(48.9)
ระยะเวลาระหว่างการตรวจสองวิธี(เดือน), คน	
<3	35(74.5)
3-6	12(25.5)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย กลุ่มผู้ป่วยสงสัยโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมใต้กระเบนเหน็บ (N=47)

ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย	จำนวน(ร้อยละ)
ปกติ	18(38.2)
การตัดประสาท	25(53.2)
การมีประสาทไปเลี้ยงใหม่	2(4.3)
การเปลี่ยนแปลงเกิดจากประสาทเรื้อรัง	2(4.3)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า กลุ่มผู้ป่วยสงสัยโรครากประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมใต้กระเบนเหน็บ (N=47)

ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า	จำนวน(ร้อยละ)
ลักษณะเสื่อม	5(10.6)
การโป่ง	7(14.9)
การยื่น	4(8.5)
การกดรากประสาท	31(66.0)

ตารางที่ 4 ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในกลุ่มผู้ป่วยสงสัยโรคกระดูกประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ (N=47)

		ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า				
		ลักษณะเสื่อม	การโป่ง	การยื่น	การกดรากประสาท	รวม
ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย	ปกติ	2	4	1	11	18
	การตัดประสาท	3	3	3	16	25
	การมีประสาทไปเลี้ยงใหม่	0	0	0	2	2
	การเปลี่ยนแปลงเกิดจากประสาทเรื้อรัง	0	0	0	2	2
	รวม	5	7	4	31	47

บทสรุป

ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรคกระดูกประสาทส่วนคอและส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ อาจพิจารณาส่งตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเพิ่มเติมในกรณีตรวจไม่พบการกดรากประสาทจากการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือไม่สามารถเข้ารับการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าได้

เอกสารอ้างอิง

- Kuligowski T, Skrzek A, Cieřlik B. Manual Therapy in Cervical and Lumbar Radiculopathy: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 7;18(11):6176.
- Iyer S, Kim HJ. Cervical radiculopathy. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2016 Sep;9(3):272–80.
- อินทรกำแหง ปช ชาญวิทย์ โพธิ์งามวงศ์, ภัทรา วุฒ. กลุ่มกล้ามเนื้อและจำนวนการตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการระบุโรคกระดูกประสาทส่วนเอวร่วมได้กระเบนเหน็บ. 1. 2559;26: เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร.
- Ghasemi M, Golabchi K, Mousavi SA, Asadi B, Rezvani M, Shaygannejad V, et al. The value of provocative tests in diagnosis of cervical radiculopathy. *J Res Med Sci*. 2013;4.
- Nafissi S, Niknam S, Hosseini SS. Electrophysiological evaluation in lumbosacral radiculopathy. :4.
- Reza Soltani Z, Sajadi S, Tavana B. A comparison of magnetic resonance imaging with electrodiagnostic findings in the evaluation of clinical radiculopathy: a cross-sectional study. *Eur Spine J*. 2014 Apr;23(4):916–21.
- Levin KH. Electrodiagnostic approach to the patient with suspected radiculopathy. *Neurol Clin*. 2002 May;20(2):397–421.
- Barr K. Electrodiagnosis of Lumbar Radiculopathy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2013 Feb;24(1):79–91.
- Govindarajan R, Kolb C, Salgado E. Sensitivity and Specificity of MRI and EMG in Diagnosing Clinically Evident Cervical Radiculopathy: A Retrospective Study

- (P02.224). Neurology. 2013 Feb 12;80(7 Supplement):P02.224.
10. Yousif S, Musa A, Ahmed A, Abdelhai A. Correlation between Findings in Physical Examination, Magnetic Resonance Imaging, and Nerve Conduction Studies in Lumbosacral Radiculopathy Caused by Lumbar Intervertebral Disc Herniation. Adv Orthop. 2020 Jan 29;2020:1–6.
 11. Hosseini-zhad M, Hatamian H, Alizadeh A, Firozkohi B, Yousefzadeh S, Bakhshayesh B, et al. Agreement of electrodiagnosis, clinical findings and MRI in patients with low back pain. 2015;2(1):7.
 12. Arslan Y, Yaşar E, Zorlu Y. Correlation of Electromyography and Magnetic Resonance Imaging Findings in the Diagnosis of Suspected Radiculopathy. Turk J Neurol. 2016 Jun 5;22(2):55–9.
 13. Singh R, Yadav S, Sood S, Yadav R, Rohilla R. Evaluation of the correlation of magnetic resonance imaging and electrodiagnostic findings in chronic low backache patients. Asian J Neurosurg. 2018;13(4):1078.
 14. Rubinstein SM, Pool JJM, van Tulder MW, Riphagen II, de Vet HCW. A systematic review of the diagnostic accuracy of provocative tests of the neck for diagnosing cervical radiculopathy. Eur Spine J. 2007 Mar;16(3):307–19.

ความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ให้บริการด้านการแพทย์ในการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ณ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

วศินี เมฆวิฑูร, พบ.*

ณัฐวร เจียรสวางค์, พบ.**

กมลวรรณ แสงแก้ว*

Received: 28 ก.ย.65

Revised: 30 ธ.ค.65

Accepted: 31 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การระบาดระลอกใหม่เดือนมกราคม พ.ศ.2565 ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว บุคลากรทางการแพทย์จึงมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น เพื่อตอบโต้สถานการณ์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บแบบสำรวจภาคตัดขวาง ในบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี จำนวน 185 ราย โดยเก็บข้อมูลช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ.2565 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ให้บริการด้านการแพทย์ในการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของบุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test และ Chi square test

ผลการวิจัย: พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนทั้งหมด 185 ราย แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 79.92 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.35 ± 10.48 ปี ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด แบบประเมินความเครียด (ST5) พบว่าผู้ร่วมวิจัยที่ไม่มีความเครียด (0 – 4 คะแนน) มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 38.92 ผู้ร่วมวิจัยที่สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน) มีจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 44.86 ผู้ร่วมวิจัยที่มีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป) มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 16.22 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.84 ± 2.8 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51 – 60 คะแนน) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 20.54 ผู้ร่วมวิจัยมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44 – 50 คะแนน) จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 56.22 ผู้ร่วมวิจัยมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43 คะแนน) จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 23.24 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 ± 5.63

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลมวกเหล็ก พบว่ามีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 16.22 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 23.24

คำสำคัญ: ผู้ให้บริการด้านการแพทย์, สุขภาพจิต, ไวรัสโคโรนา (COVID-19), ความเครียด

*โรงพยาบาลมวกเหล็ก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี

**โรงพยาบาลสระบุรี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี

Prevalence and association factors of stress and mental health of
healthcare provider in outbreak of coronavirus (COVID-19)
At Muaklek hospital, Saraburi province

Wasini Mekvitoon, M.D.*

Nattawon Chearasatawong, M.D.**

Kamonwan Sangkeaw*

Abstract

Introduction: Healthcare providers needed to take responsibility for increasing workloads during the outbreak of coronavirus (COVID-19) in January 2022. This cross-sectional descriptive aimed to assess the prevalence and correlation of stress factors and mental health among a total of 185 healthcare providers from February to March 2022. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, and Chi square test.

The results: revealed that 79.92% of healthcare providers were female. The average age was 37.35 ± 10.48 . No factors associated with stress were found. According to the result of the stress test questionnaire (ST-5), 72 healthcare providers (38.92%) had no stress (0 – 4 points); 83 healthcare providers (44.86%) were suspected of having stress (5-7 points); and 30 healthcare providers (16.22%) had high stress (8 points or higher) with a mean score of 4.84 ± 2.8 . The Thai Mental Health indicator-15(TMHI-15) revealed that 38 healthcare providers (20.54%) had better mental health than the general population (51 - 60 points). 104 healthcare providers (56.22%) had the same mental health as the general population (44 - 50 points). It was also found that 43 healthcare providers (23.24%) had lower mental health than the general population (43 points) with a mean score of 46.62 ± 5.63 .

Conclusion: In the outbreak of Covid-19, 16.22% and 23.24% of healthcare providers at Muaklek Hospital had stress and low mental health, respectively, than the general population.

Keywords: Healthcare providers, Mental health, Coronavirus (COVID-19), Stress

*Muaklek hospital, Saraburi Provincial Health Office

**Saraburi hospital, Saraburi Provincial Health Office

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 พบว่าไวรัสชนิดนี้ คล้ายคลึงกับไวรัสซาร์สถึงร้อยละ 70 ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 80-120 นาโนเมตร¹⁻³ สามารถติดต่อโดยระบบทางเดินหายใจ ผ่านการไอ จาม หรือฝอยละอองของน้ำมูกหรือเสมหะที่มีไวรัสอยู่ ก่อให้เกิดอาการป่วย เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ ฯลฯ⁴ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อจากการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระลอกใหม่ มกราคม 2565 ซึ่งจะเริ่มนับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 เป็นต้นไป พบว่ามีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งจังหวัดสระบุรี มียอดผู้ติดเชื้อจำนวน 96,565 คน เสียชีวิตจำนวน 138 คน โดยอำเภออมวกเหล็กมีผู้ติดเชื้อ 8,025 คน เสียชีวิตจำนวน 9 คน (ข้อมูลจากทีม SAT สสจ.สระบุรี ณ 14 มิถุนายน 2565 เวลา 10.00 น.) ทำให้สถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ต้องทำงานหนักมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานแข่งกับเวลา รวมถึงปฏิบัติหน้าที่ในจุดเสี่ยง เพื่อคลี่คลายสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอกใหม่เป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจและการทำหน้าที่อย่างหนัก ในขณะตัวเลขผู้ป่วยของไทยเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง กำลังหลักที่จะช่วยให้สถานการณ์คลี่คลายลง คือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานบนความเสี่ยง ทำให้บุคลากรการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่อยู่หน้างานต้องแบกรับเพิ่มขึ้น แพทย์บุคลากรหน้างานต้องทุ่มเทและมีภาวะเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน ในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น บุคลากรเองก็ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเช่นกัน นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพกาย ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตเช่นกัน ก่อให้เกิดความเครียดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาในประเทศสิงคโปร์ หลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ มีความวิตกกังวล ร้อยละ 10.8 มีอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 8.1 โดยวัดจากเครื่องมือ DASS-21 (depression, anxiety, and stress scales-15)⁵

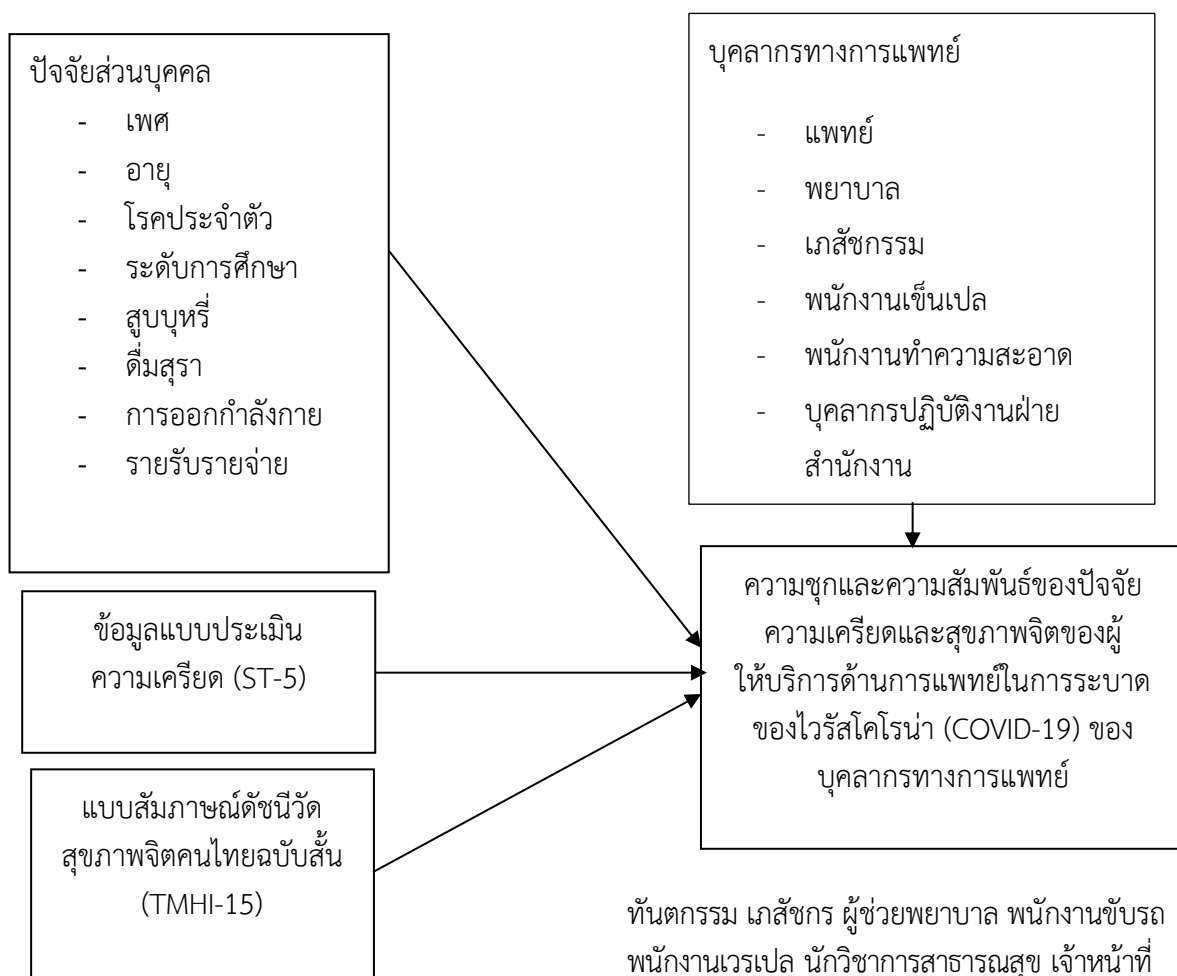
การศึกษาในประเทศอิตาลี ช่วงเดือนมีนาคม 2563 บุคลากรทางการแพทย์มีอาการของภาวะเครียดภายหลังภัยอันตราย (post-traumatic stress) ร้อยละ 49.4⁶ ในประเทศไทย มีการสำรวจสุขภาพจิตในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19 (rapid survey) ของกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มจากบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ ครั้งที่หนึ่ง (วันที่ 12-18 มีนาคม 2563) จำนวน 605 คน และครั้งที่สองจำนวน 578 คน (วันที่ 30 มีนาคมถึงวันที่ 5 เมษายน 2563) โดยใช้เครื่องมือ ST-5 และ 9Q พบว่าระยะเวลา 2 สัปดาห์ผ่านไป ระดับความเครียดของบุคลากรเพิ่มขึ้น ความเครียดระดับปานกลางขึ้น จากร้อยละ 30.4 เพิ่มเป็นร้อยละ 42.7⁷ การศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร สำรวจภาวะทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้เครื่องมือ ST-5 เก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคม 2563 ผู้ร่วมตอบแบบสอบถามออนไลน์ 1,293 คน ประกอบด้วยพยาบาลร้อยละ 38.4 และแพทย์ร้อยละ 1 พบว่ามีความเครียดระดับมากและมากที่สุดร้อยละ 6.8⁸ ความวิตกกังวลของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์การติดเชื้อ ขาดการสื่อสารถึงสถานการณ์การติดเชื้อล่าสุด ความเครียดทางกายภาพจากการสวมใส่อุปกรณ์ ป้องกัน เช่น ภาวะขาดน้ำ (dehydration) ความร้อน ความอ่อนเพลีย^{9,10} ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตด้วย อันเนื่องมาจากสถานการณ์ที่มีการแพร่กระจายของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โรงพยาบาลอมวกเหล็กมีแนวโน้มที่จะต้องคัดกรองและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดภาวะกดดัน เหนื่อยล้า เกิดการกดดัน ต้องปรับการทำงาน อาจทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ผู้จัดทำจึงศึกษาความทุกข์และความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดและสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงาน โดยใช้เครื่องมือ ST-5 และ TMHI-15 ของกรม

สุขภาพจิต ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเหมาะสมในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ทราบถึงการมีอยู่ของปัญหา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเข้าไปจัดการปัญหาและให้ความช่วยเหลือกับบุคลากรเหล่านั้นในอนาคต เพื่อหาแนวทางจัดการให้กลุ่มบุคลากรที่ทำงานหนักอ่อนล้าได้จัดการความเครียด วางแผนการดูแลรักษา และซึ่งจะส่งผลดีต่อการให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ :

เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ให้บริการด้านการแพทย์ในการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของบุคลากรทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย :



วัสดุและวิธีการศึกษา :

เป็นการศึกษาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล

ธุรการ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี จำนวน 185 ราย โดยเก็บข้อมูลช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ.2565 โดย

เข้าเกณฑ์รับเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลมวกเหล็ก ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมวกเหล็ก สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และมีเกณฑ์ที่ไม่รับเข้าการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีประวัติการรักษาโรคติดก้างวล โรคซึมเศร้า และจิตเภทที่ได้รับการรักษา, ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ 1.แบบทดสอบเก็บข้อมูลทั่วไปเช่น เพศ อายุ โรคประจำตัวของผู้วิจัย 2.แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) 3.แบบประเมินความเครียด (ST5) ได้รับการพิจารณาอนุญาตให้ใช้ในการศึกษาจากกรมสุขภาพจิต การใช้เครื่องมือ ST5 และ TMHI-15 สามารถคัดกรองเกี่ยวกับความเครียดและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อหาแนวทางป้องกันของความเครียด ภาวะซึมเศร้าและภาวะหมดไฟในการทำงานได้ การเก็บข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเอง ทำในห้องที่สงบให้เวลาในการทำแบบสอบถามคนละ 15 นาที การแปลผลแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ดังนี้ 43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป การแปลผลแบบประเมินความเครียด (ST-5) ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึงกลุ่มที่ไม่มีความเครียด 5-7

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	146	79.92
อายุ (mean±SD)	37.35±10.48	
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	8	4.32
โรคความดันโลหิตสูง	14	7.57
โรคไขมันในเลือดสูง	4	2.16

คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ≥ 8 คะแนน หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจส่งผลเสียต่อร่างกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล:

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลแบบประเมินความเครียด และข้อมูลแบบสัมภาษณ์ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ใช้วิธีแจงพรรณนาภาคตัดขวาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์กับความเครียดและสุขภาพจิต (ข้อมูลในงานวิจัยนี้มีการแจกแจงแบบปกติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05) โดยใช้ Fisher's exact test และ Chi square test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย:

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย SRBR65-043 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับคำอธิบายสอบถามความสมัครใจ ในการยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย หลังจากวิจัยฉบับนี้ได้รับการตีพิมพ์ คณะผู้จัดทำทำลายเอกสารข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยภายหลัง 3 เดือน

โรคอื่นๆ	14	7.57
----------	----	------

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	1.08
มัธยมศึกษา	53	28.65
ปริญญาตรี	124	67.03
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3.24
สูบบุหรี่		
สูบบุหรี่ประจำ	11	5.95
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	0	0
ไม่เคยสูบบุหรี่	174	94.05
ดื่มสุรา		
ดื่มสุราประจำ	36	19.46
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	8	4.32
ไม่เคยดื่มสุรา	141	76.22
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายประจำ	22	11.89
ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว	116	62.70
ไม่ออกกำลังกาย	44	23.78

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 185 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 79.92 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.35 ± 10.48 ปี มีโรคประจำตัว ดังนี้ โรคเบาหวานจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.32 โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 7.57 โรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.16 และโรคอื่นๆจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 7.57 มีระดับการศึกษา ดังนี้ ประถมศึกษา 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08 มัธยมศึกษา 53 คน คิดเป็นร้อยละ 28.65 ปริญญาตรี 124 คน คิดเป็นร้อยละ

67.03 สูงกว่าปริญญาตรี 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.24 มีประวัติสูบบุหรี่ ดังนี้ สูบบุหรี่ประจำ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.95 และไม่เคยสูบบุหรี่ 174 คน คิดเป็นร้อยละ 94.05 มีประวัติดื่มสุรา ดังนี้ ดื่มสุราประจำ 36 คน คิดเป็นร้อยละ 19.46 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.32 และไม่เคยดื่มสุรา 141 คน คิดเป็นร้อยละ 76.22 มีประวัติการออกกำลังกาย ดังนี้ ออกกำลังกายประจำ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 11.89 ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว 116 คน คิดเป็นร้อยละ 62.70 และไม่ออกกำลังกาย 44 คน คิดเป็นร้อยละ 23.78

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์กับความเครียดและสุขภาพจิต

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน(ร้อยละ)	P-value
เพศ		
หญิง	146(79.92)	0.855
อายุ (mean±SD)	37.35 ±10.48	0.412
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	8(4.32)	0.067
โรคความดันโลหิตสูง	14(7.57)	0.762
โรคไขมันในเลือดสูง	4(2.16)	0.078
โรคอื่นๆ	14(7.57)	0.762
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2(1.08)	0.089
มัธยมศึกษา	53(28.65)	0.460
ปริญญาตรี	124(67.03)	0.867
สูงกว่าปริญญาตรี	6(3.24)	0.061
สูบบุหรี่		
สูบบุหรี่ประจำ	11(5.95)	0.632
เคยสูบบุหรี่แล้ว	0	
ไม่เคยสูบบุหรี่	174(94.05)	1.00
ดื่มสุรา		
ดื่มเป็นประจำ	36(19.46)	0.410
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	8(4.32)	0.885
ไม่เคยสุรา	141(76.22)	0.950
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายประจำ	22(11.89)	0.068
ออกเป็นครั้งคราว	116(62.70)	0.770
ไม่ออกกำลังกาย	44(23.78)	0.344

มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value น้อยกว่า 0.05

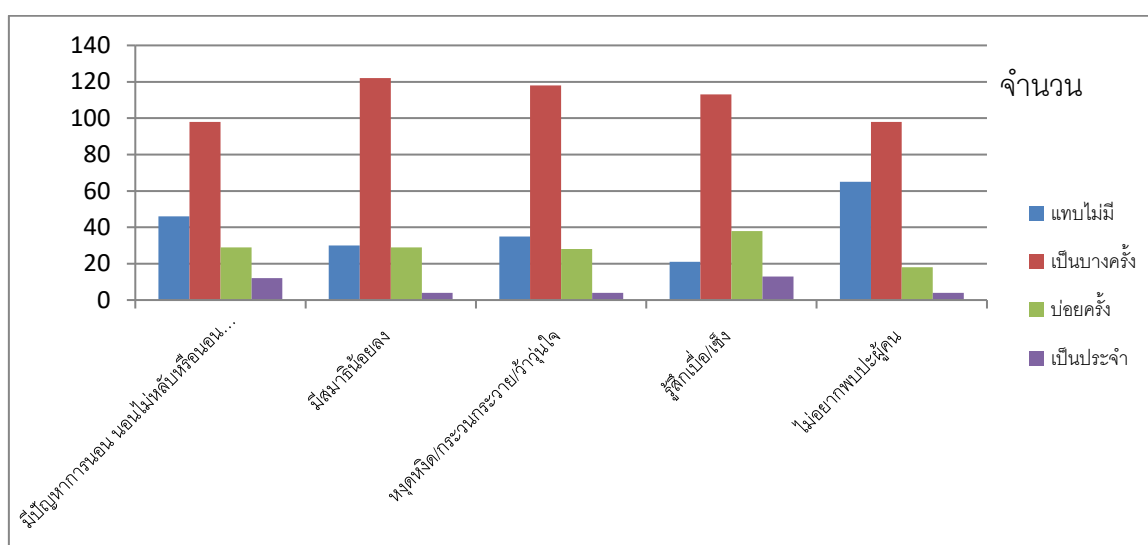
จากตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์กับความเครียดและสุขภาพจิต คือ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับ

การศึกษา สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการออกกำลังกาย พบว่าตัวแปรทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ข้อมูลแบบประเมินความเครียด (ST5) ของผู้ร่วมวิจัย

การแปลผลแบบประเมินความเครียด (ST-5)	จำนวน	ร้อยละ	mean $\pm$ SD
ไม่มีความเครียด (0 – 4 คะแนน)	72	38.92	4.84 $\pm$ 2.41
สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน)	83	44.86	
มีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)	30	16.22	

แผนภูมิที่ 1 ข้อมูลแบบประเมินความเครียด (ST5) แยกตามแต่ละข้อคำถาม



จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ร่วมวิจัยที่ไม่มีความเครียด (0 – 4 คะแนน) มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 38.92 ผู้ร่วมวิจัยที่สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน) มีจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 44.86 ผู้ร่วมวิจัยที่มีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป) มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 16.22 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

4.84 $\pm$ 2.8 จากแผนภูมิที่ 1 พบว่าเมื่อแยกตามแต่ละข้อคำถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ข้อ 1 มีปัญหานอน นอนไม่หลับหรือนอนมากเป็นบางครั้ง ข้อ 2 มีสมาธิลดลงเป็นบางครั้ง ข้อ 3 หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจเป็นบางครั้ง ข้อ 4 รู้สึกเบื่อ/เซ็งเป็นบางครั้ง และข้อ 5 ไม่อยากพบปะผู้คนเป็นบางครั้ง

ตารางที่ 4 ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15)

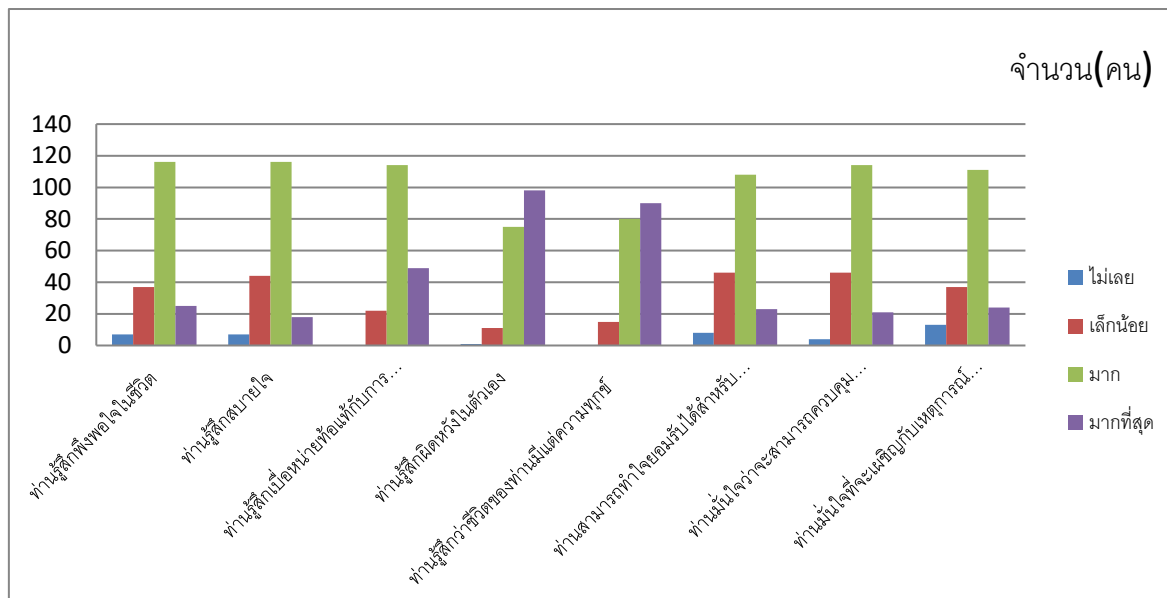
การแปลผลแบบสัมภาษณ์ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15)	จำนวน	ร้อยละ	mean $\pm$ SD
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51 – 60 คะแนน)	38	20.54	46.62 $\pm$ 5.63
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44 – 50 คะแนน)	104	56.22	

สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43 คะแนน)

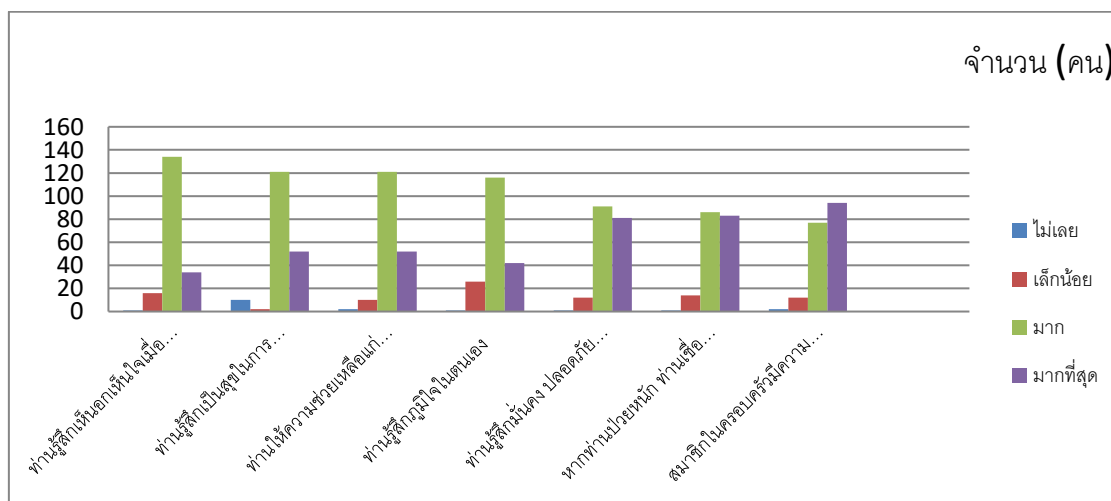
43

23.24

แผนภูมิที่ 2 ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) แยกตามแต่ละข้อคำถาม ข้อ 1 – 8



แผนภูมิที่ 3 ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) แยกตามแต่ละข้อคำถาม ข้อ 9 - 15



จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51 – 60 คะแนน) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 20.54 ผู้ร่วมวิจัยมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44 – 50 คะแนน) จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 56.22 ผู้ร่วมวิจัยมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43 คะแนน) จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 23.24 ผู้เข้าร่วมวิจัยมี

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 ± 5.63 จากแผนภูมิที่ 2 และ 3 พบว่าเมื่อแยกตามแต่ละข้อคำถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ข้อ 1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมาก ข้อ 2 ท่านรู้สึกสบายใจมาก ข้อ 3 ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวันมาก ข้อ 4 ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเองมากที่สุด ข้อ 5 ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์มากที่สุด

ข้อ 6 ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) มาก ข้อ 7 ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้นมาก ข้อ 8 ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิตมาก ข้อ 9 ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์มาก ข้อ 10 ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา มาก ข้อ 11 ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาสมาก ข้อ 12 ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเองมาก ข้อ 13 ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัวมาก ข้อ 14 หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดีมาก และข้อ 15 สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกันมากที่สุด

วิจารณ์:

จากการรวบรวมข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.92 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.35 ± 10.48 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอื่นๆ จากข้อมูลแบบประเมินความเครียด (ST5) พบว่าผู้ร่วมวิจัยที่มีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 16.22 และข้อมูลแบบสัมภาษณ์ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) พบว่าผู้ร่วมวิจัยมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43 คะแนน) ร้อยละ 23.24 อาจส่งผลเสียต่อร่างกาย ดังนั้นปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและหาแนวทางแก้ไข และคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) โดยมีการจัดตั้งทีมที่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อประเมินและให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ ทำจิตบำบัด รวมถึงให้ยาคลายกังวลในรายที่มีความเครียดสูง มีการลงเยี่ยมบุคลากรทาง

การแพทย์ที่ปฏิบัติงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะผู้บริหาร มีการทำประกันส่วนบุคคลคุ้มครองการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีเบี้ยเสี่ยงภัยที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อสภาพสุขภาพจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่คล้ายคลึงกัน คือมีความเครียดสูง มีอารมณ์ซึมเศร้า^{5,6} ซึ่งไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้เนื่องจากการศึกษาใช้เครื่องมือไม่เหมือนกัน เมื่อเปรียบเทียบการสำรวจความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹¹ ของโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดสูง (ร้อยละ 41.9) สูงกว่าการศึกษานี้ เพราะว่าการศึกษานี้รวมบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ เช่น บุคลากรปฏิบัติงานฝ่ายสำนักงาน บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น งานทันตกรรม งานแพทย์แผนไทย เป็นต้น

การศึกษาแบบ cross-sectional ครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เป็นภาพรวมของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ได้แยกระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล จึงทำให้เกิดข้อจำกัดและความคลาดเคลื่อนของระดับความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมทั้งความเครียดพื้นฐานเดิมของแต่ละบุคคล สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีมาเป็นระยะเวลาหลายปี และจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามสถานการณ์การศึกษาในอนาคต ควรให้ความสำคัญกับบุคลากรที่มีความเสี่ยงที่สุด เช่น แพทย์ พยาบาล ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และทำการศึกษาที่สามารถลดระดับความเครียดและแก้ไขปัญาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ได้

สรุปผลการวิจัย :

บุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ณ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่ามีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 16.22 และมีความสุขจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 23.24

ข้อเสนอแนะ:

1. การศึกษาเป็นการเก็บข้อมูลแบบ cross-sectional ครั้งเดียว ทำให้ไม่เห็นถึงความเปลี่ยนแปลง ของระดับความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ได้ ต้องมีการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงไปข้างหน้า

2. ระดับ ความเครียด และ ปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์พูดถึงภาพรวมขององค์กรทั้งหมด ไม่ได้แยกสายวิชาชีพ และแผนกที่ทำงาน จึงอาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนของระดับความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ได้

3. สำหรับการศึกษานในอนาคต ควรมีการศึกษาที่สามารถลดระดับความเครียด และ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ได้ เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจยังไม่คลี่คลาย ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงระบาด จึงทำให้เห็นเพียงขนาดของปัญหาเท่านั้น จึงอาจทำให้ต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ:

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี ทางคณะผู้จัดทำขอขอบคุณที่ได้รับการช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากโรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมวกเหล็กทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง:

1. Cheng ZJ, Shan J. 2019 Novel Coronavirus: where we are and what we know. *Infection* 2020; 48: 155-63. doi: 10.1007/s15010-20-01401-y.
2. Maxman A. More than 80 clinical trials launch to test coronavirus treatment. *Nature* 2020; 578(7795): 346-348. doi: 10.1038/d41586-020-00444-3.
3. Watts CH, Vallance P, Whitty CJM Coronavirus: global solutions to prevent a pandemic. *Nature* 2020; 578(7795): 363. doi: 10.1038/d41586-020-00457-y.
4. Department of Microbiology Siriraj Mahidol University. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1410_1.pdf
5. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect* 2020; 104(3): 246-251. doi: 10.1016/j.jhin.2020.01.022. Epub 2020 Feb 6.
6. Department of Disease Control. [Cited 2020 Mar 21]. Available from: https://www.ph.mahidol.ac.th/news/covid19/Edited_COVID-19%20byDDC-MOPH.pdf
7. World Health Organization. [Cited 2020 Mar 21]. Available from: <http://www.who.int/emergencies/disease/novel-coronavirus-2019/>
8. Nilchaikovit T, Sukying C. Factor associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019; *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020; 63(2): 102-114.
9. Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, Zhongxiang Cai. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Net*

Open.2020; 3(3): e203976. doi:

10.1001/jamanetworkopen .2020.3976.

10. Chen-Yun Liu, Yun-Zhi Yang, Xiao-Ming Zhang, Xinying Xu. The Prevalence and Influencing Factors in Anxiety in Medical Workers Fighting COVID-19 in China: A Cross-Sectional Survey, Epidemiol Infect. 2020; 148: e98. doi: 10.1017/ S0950268820001107.
11. Akekalak Sangsirilak, Sirinrat Sangsirilak. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak; J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(4): 400-408.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

สมศรี ปลิวมา, พย.ม.*

หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์, กศ.ด.**

Received: 31 ต.ค.65

Revised: 13 ธ.ค.65

Accepted: 16 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำและวิธีการศึกษา: การวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 30 คน และพยาบาลผู้ให้บริการ 3 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แผนการสอน แบบสอบถามความรู้ ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และพยาบาล ค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .80, .86, .78 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า (1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์คือ การเลือกรับประทานอาหารและยาที่มีธาตุเหล็ก และการป้องกันภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น (2) รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรโดยใช้กรอบทฤษฎีการพยาบาลของคิง ประกอบด้วยร่วมกันกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางตามปัจจัย และการติดตามเป็นระยะ (3) ประสิทธิภาพของรูปแบบพบว่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ มีระดับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.348, p < .05$) ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ หลังดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนรับรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.119, p < .05$) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ให้บริการและหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง ($M = 4.80, S.D. = 0.41$ และ $M = 4.89, S.D. = 0.31$ ตามลำดับ)

สรุป: รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพที่ดี สามารถนำไปขยายผลหน่วยงานอื่นได้

คำสำคัญ: การพัฒนา, รูปแบบการส่งเสริมการดูแล, ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

*โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

Development of Promotive Care Model for Anemic Pregnant Women at Jainad Narendra Hospital

Somsri Pliwma, M.N.S.*

Hathairat Budsayapanpong, Ed.D.**

Abstract

Introduction and Methods: This research study aimed to develop a model and evaluate its effectiveness in anemia care promotion among pregnant women receiving antenatal care at Jainad Narendra Hospital. A convenience sampling was conducted to recruit a sample of thirty pregnant women with anemia and three nurses. The research instruments included a lesson plan on anemia in pregnancy and a questionnaire to evaluate knowledge of anemia in pregnancy and satisfaction towards the nursing care for pregnant women with anemia with reliabilities of .80, .86, .78 and .75, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: The results showed that (1) factors affecting pregnant women with anemia were their intake of iron through diet and drugs and other preventions of anemia they used. (2) The King Nursing Theory model for promotive anemia care among pregnant women who received services at Jainad Narendra Hospital consisted of self-care behaviors to reduce anemia. After using the model, (3) the samples could significantly develop better hematocrit levels and knowledge ($t = 11.348$ and $t = 11.119$, $p < .05$). Furthermore, the samples (nurses and pregnant women)' satisfaction was significantly high ($M = 4.80$, $S.D. = 0.41$ and $M = 4.89$, $S.D. = 0.31$).

Conclusion: These findings suggest that nurses who work at antenatal care clinics could utilize this model to provide nursing care for pregnant women with anemia. Consequently, these women would have appropriate self-care behavior and hematocrit levels.

Keywords: Development, Promotive care model, Anemia in pregnancy

* Jainad Narendra Hospital

** Boromarajonani College of Nursing, Chai Nat

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์มักมีภาวะโลหิตจางจากร่างกายปรับตัวไม่ทัน และร่างกายขาดการเตรียมความพร้อมในระยะตั้งครรภ์มีผลให้น้ำออกซิเจนไปยังอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายลดลง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ¹ เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่สามารถทนต่อการสูญเสียเลือดก่อนและ ระหว่างการคลอด และเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งมีโอกาสดิตเชื้อทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด² และภาวะโลหิตจางรุนแรงจะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดา ทารกแรกเกิดมีโอกาสน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด คะแนนแอฟการ์ แรกคลอดไม่ดี³ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เกิดการเจ็บป่วยภายหลังคลอด และทำให้การเจริญเติบโตไม่ดีในวัยเด็กและวัยรุ่น² สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ปริมาณเหล็กสะสมก่อนการตั้งครรภ์ต่ำ การสูญเสียเลือด และการเพิ่มขึ้นของปริมาณเม็ดเลือดแดงในสัดส่วนที่น้อยกว่า การเพิ่มขึ้นของปริมาณพลาสมา จึงมีผลทำให้มีการเจือจางของโลหิตที่เรียกว่า ภาวะโลหิตจางจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา⁴ แต่สาเหตุที่พบบ่อยของการขาดธาตุเหล็กเกิดจากขณะตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น และหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอกับ ความต้องการของร่างกายที่ต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น⁵ ดังนั้นการได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กที่เพียงพอจะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมได้^{6,7} กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย องค์การอนามัยโลก⁸ พบอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกร้อยละ 41.8 สำหรับประเทศไทย ปี 2563, 2564 พบร้อยละ 15.15 และ 14.69⁹

ขณะที่ผลการดำเนินงานฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2563-2564 พบอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 24.28 และ 21.05 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้คือไม่เกินร้อยละ 10¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบว่า มีการศึกษาโดย จัดทำเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งได้แก่ การให้สุศึกษา¹¹ และการตั้งเป้าหมายร่วม¹² แต่โปรแกรดังกล่าวขาดการประสานในลักษณะองค์รวม ผู้วิจัยทำการศึกษาศึกษาพฤติกรรมการพยาบาลของคิงพบว่า เป็นรูปแบบของการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีกระบวนการปฏิสัมพันธ์และทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย รวมทั้งการประยุกต์ทฤษฎีในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล การศึกษา และการบริหาร โดยทั้งพยาบาล ผู้รับบริการ และครอบครัวร่วมกันสำรวจและวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ตกลงร่วมกันในวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมาย สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ การยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลที่จะคิด แสวงหา และใช้ความรู้ในการตัดสินใจและเลือกการกระทำ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการที่จะบรรลุเป้าหมายได้ดี คือ การรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการต้องสอดคล้องกันทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ค้นหา และวางแผนแนวทางการปฏิบัติ เพื่อ นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์นั้น ตลอดจนแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ผลของการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน คือ ความพึงพอใจในการแสดงกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน ความสำเร็จในการแสดงกิจกรรมตามบทบาทของตนและการบรรลุวัตถุประสงค์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอันจะช่วยให้บุคคล ครอบครัวและสังคมคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี¹³

คณะผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอด จึงนำทฤษฎีการพยาบาลของคิงมาศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์และทารก รวมทั้งส่งผลให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ และเติบโต เป็นประชากรที่ดีมีคุณภาพของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เข้าใจถึงปัญหา และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

การตั้งเป้าหมายร่วมตามแนวคิดทฤษฎีคิง

(King, 2000) มี 4 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1 การสร้างสัมพันธภาพและ

แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน

1.1 สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว
แจ้งผลเลือด

1.2 ประเมินข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรม
การดูแลตนเองทำPretest

1.3 แลกเปลี่ยนการรับรู้เพื่อการเข้าใจ
ปัญหาตรงกัน

1.4 กำหนดการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง
ร่วมกัน

1.5 บันทึกในคู่มือที่มีภาพประกอบ
ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

2.1 เสนอวิธีการลดภาวะโลหิตจาง

2.2 เลือกรับประทานอาหารตาม
ศักยภาพตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย

3.1 ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการ
รับประทานอาหารและยาธาตุเหล็กและ
การป้องกันภาวะโลหิตจาง

3.2 ฝึกบันทึกการรับประทานอาหารยา
ประเมินตนเองและแนะนำให้ปรับตัวในมือ
ถัดไป

3.3 ติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามปัญหา
อุปสรรค ให้กำลังใจเพื่อการดูแลตนเอง
อย่างต่อเนื่อง

3.4 นัด 4 สัปดาห์พร้อมให้นำคู่มือมาด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินพฤติกรรมและการบรรลุ
เป้าหมายที่ตั้งไว้

4.1 ประเมินความรู้การดูแลตนเอง (post-
test)

4.2 ส่งตรวจฮีมาโตคริตและประเมินผล
ร่วมกัน

4.3 ประเมินระดับความพึงพอใจต่อ
รูปแบบ

รูปแบบการส่งเสริมการ
ดูแลภาวะโลหิตจางในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่
โรงพยาบาลชัยนาท

นเรนทร

กำหนดพฤติกรรมดูแล
ตนเองเพื่อลดภาวะโลหิต
จาง

1. การเลือกรับประทาน
อาหารที่มีธาตุเหล็ก
2. การรับประทานอาหารที่
ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก
3. การงดหรือหลีกเลี่ยง
อาหารที่ขัดขวางการดูดซึม
ธาตุเหล็ก
4. การรับประทานยาเม็ด
เสริมธาตุเหล็ก
5. การป้องกันภาวะโลหิตจาง
เพิ่ม

ประสิทธิผลของ
รูปแบบ

1.ด้านผู้รับบริการ

-คะแนนความรู้
เพิ่มขึ้น

- ค่า Hct เพิ่มขึ้น

-ระดับความพึง
พอใจต่อรูปแบบ

2.ด้านผู้ให้บริการ

-ระดับความพึง

พอใจต่อรูปแบบ

ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2565 จำนวน 30 คน และพยาบาลผู้ให้บริการรับฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 3 คน ดำเนินงานวิจัยระหว่าง 1 มีนาคม 2565 ถึง 15 ตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ดำเนินการโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องย้อนหลังระหว่างปี2560- 2565 รวบรวมปัจจัย สร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจากนั้นนำไปสัมภาษณ์ สุนิรีแพทย์ พยาบาลที่ทำงานที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกหลังคลอด และอาจารย์พยาบาลรวม 7 คน ประมวลประเด็นสำคัญจากการสัมภาษณ์มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร จากนั้นนำรูปแบบที่ได้มาจัดทำแบบสอบถามความคิดเห็น แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความชัดเจนของภาษาที่เป็นข้อความ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อความ กับนิยามศัพท์ ในแต่ละด้านเป็นรายข้อ และคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item

Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.89 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try - Out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรที่มารับบริการฝากครรภ์ในเดือนมีนาคม 2565 จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้การทดสอบที (t-test) วิเคราะห์เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกโดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 1.76 ขึ้นไป¹⁴ มาเป็นข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทั้งฉบับ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามแบบของครอนบาค¹⁵ ได้ .80 ได้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

2. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร มากร่างรูปแบบการส่งเสริมภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

- 3.1 ประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (เปรียบเทียบ pre-test และ post-test) โดยใช้ paired t-test

- 3.2 สังเกตวิธีมาโตคริตและประเมินผลที่ได้เทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ประมวลผลโดยใช้ paired t-test

- 3.3 ประเมินระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางใน

หญิงตั้งครรภ์ ที่มา บริการที่โรงพยาบาลชัยนาท
นเรนทร

3.4 ประเมินระดับความพึงพอใจของ
พยาบาลผู้ให้บริการต่อรูปแบบการส่งเสริมการ
ดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เกณฑ์ในการคัด
กลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัยคือ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยวและ
มีอายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ 2) มีสมาชิก
ครอบครัวที่หญิงตั้งครรภ์ระบุว่า เป็นคนใกล้ชิด เช่น
สามี หรือมารดา เป็นต้น 3) มีระดับ ค่าฮีมาโตคริต
น้อยกว่าร้อยละ 33 ในการตรวจเลือดครั้งแรกที่มา
ฝากครรภ์ 4) มีผลการคัดกรองภาวะโลหิตจาง
ธาลัสซีเมียปกติ ค่าปริมาตรของเม็ดเลือดแดง
(mean corpuscular volume; MCV มากกว่า
หรือเท่ากับ 80 เฟมโตลิตร (fL) และ ค่าการ
ทดสอบฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดต่าง ๆ
(Dichlorophenol indophenol precipitation
Test; DCIP) เป็นลบ 5) สามารถสื่อสารอ่านและ
เขียน ด้วยภาษาไทย และ 6) สามารถติดต่อได้ทาง
โทรศัพท์ และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่
หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ด้านอายุรกรรม
และสูติกรรมระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตรวจพบพยาธิปากขอ
มีภาวะโลหิตจางจากภาวะอื่น ขนาดของกลุ่ม
ตัวอย่าง คำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการ
ทดสอบ กำหนดค่า alpha เท่ากับ .05 อำนาจ
ทดสอบที่ระดับ .80 และคำนวณหาขนาดอิทธิพล¹⁶
ได้เท่ากับ .82 แล้ววิเคราะห์โดยใช้ G*Power 3.1
ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เพื่อป้องกันการ
สูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง
อีกร้อยละ 50 การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มละ 30 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้
วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่
กำหนด ผู้วิจัยไปที่แผนกฝากครรภ์ ศึกษาแฟ้ม
ประวัติหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ตามนัด
แล้วจัดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่

1.1 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะ
โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่
โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตาม
แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง¹⁷

1.2 แบบประเมินความรู้การดูแลตนเอง
(pre-post-test) ในการป้องกันภาวะโลหิตจางจาก
การขาดธาตุเหล็ก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็น
แบบสอบถามแบบให้เลือกตอบ ถูกหรือผิด จำนวน
10 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity Index; CVI) .95 ค่าความเชื่อมั่น .86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัย
ผ่านการพิจารณาของ คณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยของโรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร (รหัส
จริยธรรม 1/2565)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยไปที่
แผนกฝากครรภ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติ ที่มารับ
บริการฝากครรภ์ ในวันที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์
ตามนัด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบ หญิงตั้งครรภ์
ดังกล่าว แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และ
วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือหญิงเข้าร่วมการ
วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย
เมื่อ กลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้หญิง
ตั้งครรภ์ลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูล
ทั่วไปและประเมินความรู้การดูแลตนเองในการ
ป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
(pre-test)

3. ดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้
ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์และสมาชิก
ครอบครัวในสัปดาห์ที่ 1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุ
ครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-60 นาที
โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแลตนเองด้านข้อมูลและการสนับสนุนในการดูแล ตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุนแก่หญิงตั้งครรภ์และสมาชิกครอบครัว ดังนี้ (1) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก และบทบาทของสมาชิกครอบครัว ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (2) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก พร้อมทั้งฝึกบันทึก เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับประทานยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก (3) สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยการให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงแจกคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (4) จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (5) ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย (6) บันทึกเบอร์โทรศัพท์หญิงตั้งครรภ์ เพื่อติดตามผลปฏิบัติการดูแลตนเอง (7) กำหนดวัน-เวลาร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ ในการโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือนพร้อมทั้งนัดหมายหญิงตั้งครรภ์พร้อมสมาชิกครอบครัว ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปที่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่บ้าน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยแบ่งการประเมินผลออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การประเมินผลโดยการติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2,3,4 และ 5 (ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8)

ติดตามการปฏิบัติการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์

2) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 พบหญิงตั้งครรภ์และสมาชิกครอบครัว ที่คลินิกฝากครรภ์เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด เพื่อประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (อายุครรภ์ 30±2 สัปดาห์) ขณะรอรับบริการตามปกติ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดย (1) ซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ตนเอง และประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรม ในการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมงานวิจัยฯ (2) สนับสนุน โดยการกล่าวชมเชยและ ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มไลน์ (3) พูดคุยและร่วมวางแผนแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มไลน์ตามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น (4) หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตามปกติของโรงพยาบาล ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที โดยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง และให้คำแนะนำ เพิ่มเติมตามความเหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ (5)หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตามปกติของโรงพยาบาลและเป็นนัดครั้งที่5 ของผู้วิจัย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 (อายุครรภ์ 30±2 สัปดาห์) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจาง และประเมินผลระดับค่าฮีมาโตคริตจากประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์ ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์) ตลอดจนให้ประเมินระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง และระดับค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ dependent t-test

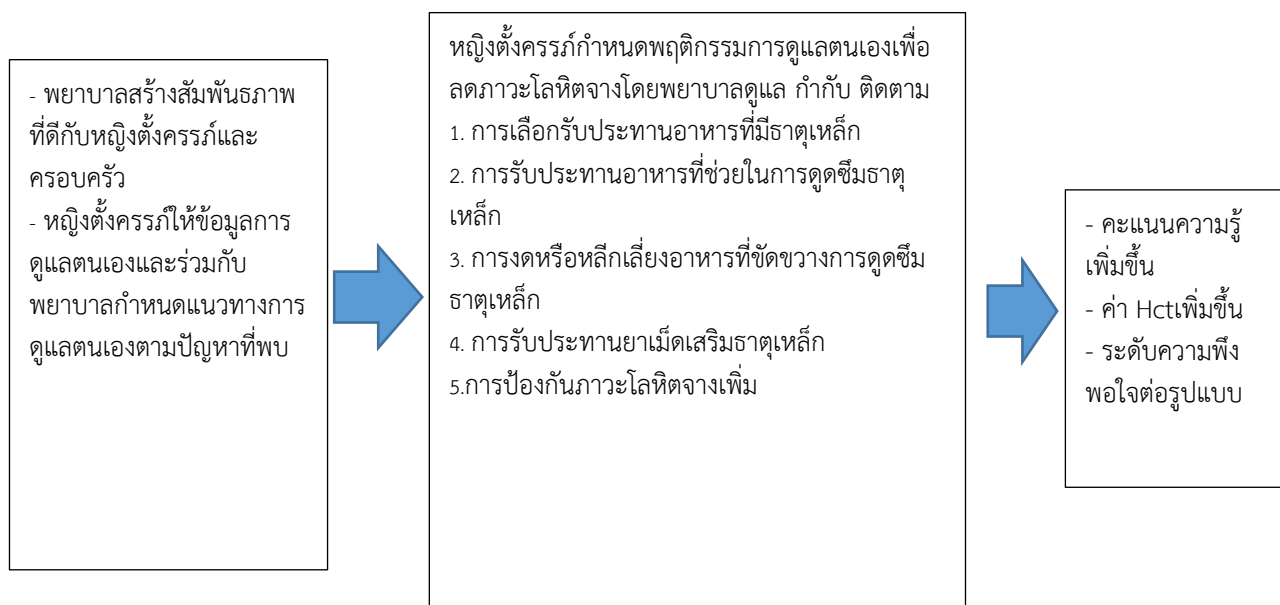
3. ประเมินระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทรของทั้งหญิงตั้งครรภ์ผู้รับบริการและพยาบาลผู้ให้บริการ

ผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร เป็นการวิจัยและพัฒนา

(Research and Development) ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งต่อการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทรคือการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก การงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกวิธี และการป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่มจากสาเหตุอื่นเช่นการแปร่งฟันไม่ถูกวิธี ทำให้มีเลือดออกขณะและหลังแปร่งฟัน เป็นต้น

2. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ได้รูปแบบดังนี้



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

3.1 ประเมินความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (เปรียบเทียบ pre-test และ post-test) โดยใช้ paired t-test

พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.12, p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง

การทดสอบ	คะแนนเฉลี่ย(M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ค่า t-test	df	Sig
Pre test	7.53	1.14	11.12	29	.000
Post test	9.33	0.61			

3.2 ผลการตรวจฮีมาโตคริตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยผลการตรวจฮีมาโตคริต

สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.35, p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบผลการตรวจฮีมาโตคริต ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการตรวจ ฮีมาโตคริต	คะแนน เฉลี่ย(M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ค่า t-test	df	Sig
ก่อนการทดลอง	30.22	2.17	11.35	29	.000
หลังการทดลอง	33.86	2.10			

3.3 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 4.89, S.D. = 0.31$)

3.4 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ให้บริการต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 4.80, S.D. = 0.41$)

อภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบปัจจัยที่ส่งผลคือการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก การงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกวิธี และการป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่มจากสาเหตุอื่นเช่น การแปร่งฟันไม่ถูกวิธี ทำให้มีเลือดออกขณะและหลัง

แปรงฟัน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ สายแก้ว¹⁸ Pipatkul, W., Sinsuksai, N., & Phahuwatanakorn, W.¹⁹ วีรวรรณ บุญวงศ์, ปริญญา ระเบียบเลิศ และนิธินันต์ สุภาพ²⁰ เนตรนารี ศิริโสภา²¹ ที่กล่าวว่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับธาตุเหล็ก (elemental iron) ประมาณ 200 มิลลิกรัมต่อวัน โดยจะต้องรับประทานให้ถูกวิธีซึ่งจะส่งผลใน 1 สัปดาห์ ค่าฮีโมโกลบิน จะเพิ่มขึ้น 0.30-1 g/dL

2. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จากการศึกษาพบว่ารูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (3.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยอภิปรายผลดังนี้

2.1 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลการดูแลตนเองและร่วมกับพยาบาลกำหนดแนวทางการดูแลตนเองตามปัญหาที่พบเป็นไปตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง¹⁷ อันเป็น

ทฤษฎีที่มุ่งเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้รับบริการ (nurse – patient interaction) ซึ่งแต่ละฝ่าย จะมีการประเมิณซึ่งกันและกัน จึงถือเป็นหัวใจสำคัญนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (transaction) นั่นคือบรรลุเป้าหมาย (goal attainment) ทางด้านสุขภาพ ตามที่ได้ตกลงกันไว้ ซึ่งหมายถึงการที่พยาบาลและผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้รับบริการรับรู้ได้ถึงความจริงใจของพยาบาลที่ต้องการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการจึงเกิดความไว้วางใจ ผู้รับบริการสามารถให้ข้อมูลตามความเป็นจริง อันส่งผลให้พยาบาลและผู้ให้บริการทราบสาเหตุของปัญหาของผู้รับบริการได้ชัดเจน สามารถร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหามาได้เหมาะสม

2.1 หญิงตั้งครรภ์กำหนดพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะโลหิตจาง โดยพยาบาลดูแล กำกับติดตามในเรื่อง (1) การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก (2) การรับประทานยาที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก (3) การงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก (4) การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และ (5) การป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่มในกรณีอื่น ๆ การที่หญิงตั้งครรภ์สามารถกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองได้นั้นเป็นไปตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง¹⁷ ที่กล่าวว่า การรับรู้ของ พยาบาลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการบรรลุเป้าหมายของ การปฏิสัมพันธ์มีกระบวนการ 7 ขั้นตอน คือ พฤติกรรมของผู้รับบริการ (action) การตอบสนองของผู้รับบริการต่อสิ่งรบกวน (reaction) หรือปัญหาซึ่งทำให้ ผู้รับบริการไม่สบายต้องมาโรงพยาบาล (disturbance) การตั้งเป้าหมายและกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน ของทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ (mutual goal setting) การค้นหาแนวทางปฏิบัติ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการคิดค้นหาวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ร่วมกัน (explore means to

achieve goal) การตกลงร่วมกันถึงวิธีปฏิบัติที่ต้องมีความเห็นพ้องต้องกันและยอมรับในวิธีการปฏิบัติจากทั้งผู้รับบริการและพยาบาล (agree to means) และการบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (transactions) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้นสุดท้าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จุดมุ่งหมายนั้นสำเร็จตามที่ตั้งเอาไว้ ผู้รับบริการจะพ้นจากปัญหาที่รบกวนมาแต่แรก และพยาบาลก็จะเป็น ผู้ส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติต่อไปได้ด้วยตนเอง เพื่อให้อยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด^{22,23} ตามงานวิจัยครั้งนี้คือผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร คือคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ค่า Hct เพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับดีขึ้น

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

3.1 ประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (เปรียบเทียบ pre-test และ post-test) โดยใช้ paired t-test พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.12, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการพัฒนาความรู้ แกะไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้มากขึ้น เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น ช่วยเหลือสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้คำแนะนำและกำลังใจหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง อีกทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง^{22,23} นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังได้รับคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ

โลหิตจางไปอ่านบทพจน เมื่อเกิดข้อสงสัย ทำให้หญิงตั้งครรภ์ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาล กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นต่อการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งยังมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่ดีมีแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการได้อย่างมีคุณภาพ²⁴ โดยมีส่วนในการจัดเตรียมอาหาร กระตุ้นเตือนหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้อง กับการศึกษาของ Jehnok²⁵ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของ Howyida, Aziza and Lamiaa²⁶ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ โลหิตจางขาดธาตุเหล็กที่ได้รับความรู้ทางโภชนาการ จะมีความรู้และมีการปฏิบัติเลือกรับประทานอาหาร ที่มีธาตุเหล็กดีกว่าก่อนได้รับความรู้

3.2 ผลการตรวจฮีมาโตคริตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยผลการตรวจฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.35, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น ซึ่งในเนื้อหาที่ให้ความรู้ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและ เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

และมีการเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ ดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การรับประทานอาหารที่มีผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็ก รวมถึงการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ เมื่อหญิงตั้งครรภ์นำความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้ไปปฏิบัติ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ มีระดับค่าฮีมาโตคริตสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Pipatkul, Sinsuksai & Phahuwatanakorn²⁷ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก มีสัดส่วนการหายจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและมีระดับค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kunkitti²⁸ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการมีค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

3.3 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร พบว่า อยู่ในระดับสูง ($M = 4.89, S.D. = 0.31$) อธิบายได้จากการที่หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการนี้รู้สึกว่าได้รับการดูแลแบบพิเศษ พยาบาลจะพูดคุย ซักถามการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ด้วยความใส่ใจ อธิบายจนหญิงตั้งครรภ์เข้าใจ สามารถพูดคุยซักถามได้ทุกเรื่อง จึงรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับคิง^{17,22,23} ที่กล่าวว่า การพยาบาลที่ เข้าใจถึงปัญหา จะสามารถตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่เริ่มจากการรับรู้ ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายชัดเจน พัฒนาความสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแล หากพบภาพที่ผู้รับบริการคาดหวังและพบภาพที่เป็นจริงปรับตรงกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

3.4 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ให้บริการต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 4.80$, $S.D. = 0.41$) อธิบายได้ว่าพยาบาลผู้ให้บริการรู้สึกพอใจที่หญิงตั้งครรภ์ให้ความสนใจ เมื่อได้นำความรู้ที่ตนเองได้ศึกษามาประยุกต์ใช้ให้คำแนะนำผู้รับบริการแล้วเกิดผลดีกับผู้รับบริการ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ในกรอบของวิชาชีพพยาบาลที่มีองค์ความรู้พื้นฐาน มีศาสตร์หรือทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสม กับปัญหาและภาวะสุขภาพที่มีความแตกต่างกันไปของผู้รับบริการในแต่ละราย¹³

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลพบว่ารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรจะเสริมสร้างให้หญิงตั้งครรภ์มีค่า Hct เพิ่มขึ้น พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพให้หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจ ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ คือหากสถานบริการพยาบาลใดต้องการดูแลภาวะโลหิตจางให้ดีขึ้นก่อนคลอด พยาบาลผู้ดูแลต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ มีการกำกับติดตามผลการดูแลเป็นระยะสม่ำเสมอ

2. ด้านการจัดการศึกษา ควรสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดี รู้จักรับฟังและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการดูแลผู้รับบริการได้

3. ด้านเชิงนโยบายสำหรับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จากผลการวิจัยฝ่ายการพยาบาลควรตระหนักถึงการรับฟังข้อมูลการนำปัญหาภาวะโลหิตจางมาดำเนินการแก้ไขโดยให้ความสำคัญกับการสอน การเลือกรับประทานอาหาร ยา และการดูแลตนเองไม่ให้มีเลือดออกจากร่างกายในระยะตั้งครรภ์เช่น การแปรงฟัน ภาวะท้องผูกเป็นต้นจะช่วยให้ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น

4. ด้านการวิจัย พยาบาลสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ไปปฏิบัติได้จริงกับหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจางสามารถดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ โลหิตจางต่อไป ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบอย่างต่อเนื่องจนหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งศึกษาผลของรูปแบบในหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะโลหิตจางจากการเป็น พาหะธาลัสซีเมีย โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรรวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายนาท ที่สนับสนุนผู้ทรงคุณวุฒิช่วยดูแลเรื่องเครื่องมือวิจัย จึงทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Reveiz, L, Gyte, G. M. L., Cuervo, L. G., & Casasbuenas, A. Treatments for iron-deficiency anemia in pregnancy (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Retrieved from <http://www.azdhs.gov/ als/midwife/>

- documents/reports/resources/ reveiz-et-al.pdf,2012.
2. Kalaivani, K. Prevalence & consequences of anaemia in pregnancy (Review article). Indian Journal of Medical Research, 2009, 130, 627-633.
 3. Noronha, J. A., Khasawneh, E. Al., Seshan, V., Ramasubramaniam, S., & Raman, S. Anemia in pregnancy-consequences and challenges: A review of literature. Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology, 2012, 4(1), 64-70.
 4. Goonewardene, M., Shehata, M. & Hamad, A. Anaemia in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2012, 26, 3-24.
 5. Pena-Rosas, J. P., De-Regil, L. M., Dowswell T., & Viteri, F. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons. Retrieved from [www.thecochranelibrary.com/details/ file/ 2199641/CD009997.html](http://www.thecochranelibrary.com/details/file/2199641/CD009997.html), 2012.
 6. Saykaew, N., & Sopajaree, C. The effect of nursing care based on goal attainment theory on iron deficiency anemia. Preventive behaviors in pregnant women. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 2007, 19(2), 17-29. [In Thai]
 7. Tashara, I. F., Achen, R. K., Quadras, R., D'Souza, M. V., D'Souza, P. J. J., & Sankaret, A. Knowledge and self-reported practices on prevention of iron deficiency anemia among women of reproductive age in rural area. International Journal of Advance in Scientific Research, 2015, 1(7), 289-292.
 8. De Benoist, B., Mclean, E., Egli, I., & Cogswell, M. Worldwide prevalence of anemia 1993 2005: WHO Global Database on Anemia. Geneva, Switzerland: WHO Press. Retrieved January 10, 2011 from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng .pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf) 76.
 9. กรมอนามัย.ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, DoH Dashboard กรมอนามัย,2564. (ข้อมูลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข).
 10. กรมอนามัย. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ 4กลุ่มวัย: โครงการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจาง 2564. พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่2 กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและวัยสูงอายุ,2564,หน้า1.
 11. Phaksom, A. The effectiveness of health education program for promoting self-care behaviors of pregnant women having iron deficiency anemia, Prachuapkirikhan hospital. Master of Science Thesis, Health Education, Faculty of Science, Kasetsart University.2010. [In Thai].
 12. Promtongboon, S.The effect of mutual goal-setting oriented program on self-care behaviors and hematocrit among pregnant women with iron deficiency anemia. Hatyai Journal, 2012, 10(1), 53-64. [In Thai].
 13. นริสา วงศ์พนารักษ์. ทฤษฎีการพยาบาลของคิง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ,2556; 31(4): 16-25.
 14. Ferguson, G., A. (1981). *Statistical Analysis in Psychology and Education*. Tokyam: McGraw – Hill Book Company, 1981:180.
 15. Cronbach, L. J. *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row, 1984:169.
 16. Saykaew, N., & Sopajaree, C. (2007). The effect of nursing care based on goal attainment theory on iron deficiency anemia. Preventive behaviors in pregnant women. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 2007; 19(2):17-29. [In Thai].
 17. King, I. M. Evidence-based nursing practice.: Theories. Journal of Nursing Theory,2000; 9(2):4-9.
 18. นางเยาว์ สายแก้ว.ผลของการพยาบาลใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ,2549; Retrieved March 10, 2022 from https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/CU.the.2006.710
19. Pipatkul, W., Sinsuksai, N., & Phahuwatanakorn, W. Effects of a nutrition and iron supplement promoting program on iron deficiency anemia in pregnant women. *Journal of Nursing Science*, 2015; 33(1):69-76. [In Thai].
 20. วีรวรรณ บุญวงศ์ , ปฏิญญา ระเียบเลิศ และนิธิกานต์ สุภา. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. *นครศรีธรรมราช: ศูนย์อนามัยที่ 11*; 2560. Retrieved March 10, 2022 from [วิจัยคนท้องซีด นครศรีธรรมราช.pdf](#).
 21. เนตรนารี ศิริโสภา. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลก่งค้อย สระบุรี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร*; 2557.
 22. King IM. *A Theory for Nursing: System, Concepts, Process*. New York: Wiley Century-Crofts; 1981.
 23. King IM. The Theory of Goal Attainment in Research and Practice. *Nursing Science Quarterly* 1996; 9(2) (Summer): 61-66.
 24. Ngoenyang S., Suppasi P. & Suppasimanont W. Effects of a health promotion program on nutrition health behavior and stress management in pregnant adolescents. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*. 2013; 21(4), 38-48. [In Thai].
 25. Jehnok, M. The effect of supportive educative program for reduction of anemia on self-care behavior of Muslim pregnant women. *Master of Nursing Science Thesis, Advanced Midwifery, Graduate School, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University*, 2012. [In Thai].
 26. Howyida, S., Aziza, I., & Lamiaa, T. (2012). Effect of nutritional educational guideline among pregnant women with iron deficiency anemia at rural areas in Kalyobia governorate. *Life Science Journal*, 2012; 9(2):1212-1217.
 27. Pipatkul, W., Sinsuksai, N., & Phahuwatanakorn, W. (2015). Effects of a nutrition and iron supplement promoting program on iron deficiency anemia in pregnant women. *Journal of Nursing Science*, 2015; 33(1):69-76. [In Thai].
 28. Kunkitti, S. The effects of a nutrition promoting program on hematocrit levels among adolescent pregnant women with anemia. *Master of Nursing Thesis, Educative Department of Nursing Administration, Faculty of Nursing, Thammasat University*, 2009. [In Thai].

ผลการรักษาฟันฟุสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

อุศิรา กลัดจำนงค์, ทบ*

Received: 2 พ.ย.65

Revised: 20 ธ.ค.65

Accepted: 30 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ : การใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ จะเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟัน และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงอนุমান เพื่อศึกษาผลการรักษาฟันฟุสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไร้ฟันที่ใส่ฟันเทียมปี 2561-2565 จำนวน 178 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพทางคลินิกฟันเทียม ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.4 อายุเฉลี่ย 71.2 ปี เลิกใช้ฟันเทียม จำนวน 24 คน ร้อยละ 13.5 พบปัญหาฟันเทียมขาดการยึดอยู่ ร้อยละ 18.5 ฟันเทียมไม่เสถียร ร้อยละ 23.0 การสบฟัน ร้อยละ 10.7 ความสะอาดของฟัน ร้อยละ 11.2 ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ฟันเทียมมีผลต่อคุณภาพชีวิต (>0-10) ร้อยละ 25.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกใช้ฟันเทียมทั้งปาก ได้แก่ ลำดับชุดฟัน (OR 2.06: 95%CI 1.97-4.13) การยึดอยู่ (OR 1.14: 95%CI 1.10-1.85) ความเสถียร (OR 2.28: 95%CI 2.99-5.24) การสบฟัน (OR 1.22: 95%CI 1.01-1.36) คุณภาพชีวิต (OR 0.89: 95%CI 0.32-0.94) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (OR 2.09: 95%CI 1.94-2.58)

สรุป: ควรจัดบริการเชิงรุก สนับสนุน ติดตามผลการใช้งานฟันเทียมเป็นระยะทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการใส่ฟันเทียม การให้คำแนะนำ และปรับปรุงข้อกำหนดระยะเวลาในการเปลี่ยนฟันเทียมชุดใหม่ให้เหมาะสมในแต่ละกรณี

คำสำคัญ: การรักษาช่องปาก, ฟันฟุสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุไร้ฟัน, ฟันเทียมทั้งปาก

Effect of Oral Health Rehabilitation in the Edentulous Elderly with Complete Dentures

Usira Kladjamnong, DDS.*

Abstract

Introduction: Dental absences or full edentulism in the elderly. Rehabilitation with complete dentures can restore dental functions and improve the quality of life.

Methods: This inferential statistic study aimed to determine the effect of oral health rehabilitation with complete dentures in the elderly. The subjects were 178 edentulous patients who received dentures through public health services between 2018 – 2022. A questionnaire and clinical examination were used to evaluate denture quality, patient satisfaction, quality of life, and factors related to denture compliance. Data analysis was performed using descriptive statistics, correlation coefficient, and logistic regression analysis.

Results: Among the assessed participants, 58.4% of them were female, and the mean age was 71.2. Twenty-four patients stopped denture wearing. The result of the denture quality assessment revealed problems related to denture retention (18.5%), denture instability (23.0%), occlusion (10.7%), and oral hygiene (11.2%). Most of the patients were satisfied with their dentures at a good level with dentures. 25.3% of the patients confirmed that the dentures could improve their quality of life (>0-10) (25.3%). Factors associated with the denture compliance in the elderly were: the number of previous dentures (OR 2.06: 95%CI 1.97-4.13), retention (OR 1.14: 95%CI 1.10-1.85), stability (OR 2.28: 95%CI 2.99-5.24), occlusal (OR 1.22: 95%CI 1.01-1.36), quality of life (OR 0.89: 95%CI 0.32-0.94), and social support (OR 2.09: 95%CI 1.94-2.58).

Conclusion: Dental services should be proactive to support periodic examinations both before and after denture delivery. Prosthetic instructions and information related to denture replacement time should be given according to individuals.

Keywords: Oral rehabilitation, Oral health therapy, Geriatric edentulism, Complete dentures

*Dental department King Narai hospital.

บทนำ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 โดยปี 2564 มีระดับประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2574 จะมี ประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 28¹ ซึ่งจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุนี้ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ดังนั้นจึงมีหลายองค์กรและสถาบันให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสุขภาพช่องปาก การสูญเสียฟันหรือการมีสภาวะ ไร้ฟันในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจ ทางด้านกายภาพ ได้แก่ ประสิทธิภาพการเคี้ยวอาหารของผู้ไร้ฟันจะมีเพียงร้อยละ 20 ของผู้มีฟันเท่านั้น มีพฤติกรรมการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลง อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางระบบหลายโรคพร้อมกัน ทางด้านจิตใจ ได้แก่ ทำให้อารมณ์การเข้าสังคม ความพอใจในศักดิ์ศรีของตนเองและความมั่นใจลดลง การใส่ฟันเทียมทั้งปากทดแทนฟันที่สูญเสียไปในผู้สูงอายุ จะเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว พุดจา เสริมความสมดุลและภาพลักษณ์ของใบหน้า และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น²

อย่างไรก็ตาม ฟันเทียมทั้งปากจะต้องมีคุณภาพทางคลินิกที่ดี และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ฟันเทียมนั้นจึงจะมีประสิทธิภาพที่ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้ ทั้งนี้คุณภาพทางคลินิกของฟันเทียมทั้งปากขึ้นอยู่กับสภาวะช่องปากและโครงสร้างทางกายภาพของช่องปาก การยึดอยู่และความคงที่ของฟันเทียมทั้งปากขณะใช้งาน ส่วนความพึงพอใจขึ้นอยู่กับ

อายุ ความเครียด ลักษณะทางอารมณ์ ความคาดหวังต่อการใช้งานด้านความสะดวกสบาย ความสวยงาม การบดเคี้ยวและการพูดของผู้สูงอายุไร้ฟัน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุไร้ฟันกับทันตแพทย์³ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีผู้กล่าวถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเลิกใช้ฟันเทียม ได้แก่ การศึกษาของ ศิริพร ศรีบัวทอง⁴ ที่ติดตามผลการใช้งานฟันเทียมเป็นเวลา 5 ปี ในโครงการฟันเทียมพระราชทานในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครปฐม พบปัญหาฟันเทียมขาดการยึดอยู่ ฟันเทียมไม่เสถียรเป็นสาเหตุการเลิกใช้อันดับแรก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bilhan H, Geckili O, Ergin S, et al.⁵ และ Gosavi SS, Ghanchi M, Malik SA, et al.⁶ ผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากตั้งแต่เริ่มใส่ฟันจนถึง 5 ปี จะพบการละลายตัวของสันกระดูกขากรรไกร ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ฟันหลวม มีแผลกดเจ็บ มีการแตกหักของฐานฟัน เป็นต้น

จากสถิติกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับการใส่ฟันเทียม ทั้งฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานของกลุ่มงานทันตกรรม ฟันเทียมจากคลินิก ทันตกรรมจำนวน 210 ราย, 196 ราย, 185 ราย, 210 ราย และ 224 ราย ตามลำดับ⁷ ภายหลังได้รับการใส่ฟันเทียมจะติดตามผลการใช้งานและประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก 2-3 ครั้ง เพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาให้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่สามารถสำรวจได้ มีการเลิกใช้ ฟันเทียม ซึ่งหน่วยงานยังไม่เคยศึกษาถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเลิกใช้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสภาวะสุขภาพหลังการใส่ฟันเทียม คุณภาพทางคลินิกฟันเทียม ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่สัมพันธ์การใส่ฟันเทียมทั้งปากไม่สำเร็จในผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการผู้สูงอายุไร้ฟัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพทางคลินิกฟันเทียมหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุไร้ฟัน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

กรอบแนวคิด**ปัจจัยส่วนบุคคล**

- เพศ
- อายุ
- ลำดับชุดของฟันเทียม
- ปัจจัยของขึ้นฟันเทียม**
- การยึดอยู่
- ความเสถียร
- ความสูงของฟันเทียม
- การสบฟัน
- สภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก

ปัจจัยสนับสนุน

- คุณภาพชีวิต
- การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม
- ทักษะการดูแลฟันเทียม
- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันก่อนและหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกใช้ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุไร้ฟัน



การเลิกใช้ฟันเทียมทั้งปาก

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงอนุমান

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุไร้ฟันที่ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมจากคลินิกทันตกรรมในช่วงปี 2560-2564 จำนวน 894 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไร้ฟันที่ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมจากคลินิกทันตกรรมในช่วงปี 2560-2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้สูงอายุไร้ฟันที่ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากทั้งจากโครงการฟันเทียมพระราชทาน และฟันเทียมจากคลินิกทันตกรรม

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยหนัก เสียชีวิต
2. ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสัดส่วนที่ไม่ทราบขนาดประชากรของ W.G. Cochran (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2560)⁸

$$n = \frac{p(1-p)z^2}{e^2}$$

n = แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P = ค่าประมาณของความชุก (proportion) การเลิกใช้ฟันปลอม เท่ากับ 12% (กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2564)

Z^2 = กำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

e^2 = ค่าประมาณที่จะยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้คือ 0.05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 162 คน เพิ่มจำนวนอีก 10% เป็น 178 คน

โดยสุ่มแบบเป็นระบบตั้งจากฐานข้อมูล HosXp และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวน 178 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์และการตรวจทางคลินิกประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา โรคประจำตัว ลำดับชุดของฟันเทียม

2) แบบประเมินคุณภาพทางคลินิกฟันเทียม ประกอบด้วย การยึดอยู่ของฟันเทียม ความเสถียรของฟันเทียม ความสูงของฟันเทียม การสบฟัน ความบกพร่องหรือชำรุด ความสะอาดของฟันเทียม สภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก ระบุการบันทึกเป็น “เหมาะสม” และ “ไม่เหมาะสม” จำนวน 7 ข้อ

3) แบบประเมินความพึงพอใจลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด 3.51 -4.50

หมายถึง ความพึงพอใจมาก 2.51 -3.50 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง 1.51 -2.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย และ 1.00 -1.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.91 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟัน ODP (Adulyanon S, Sheiham A, 1997)⁹ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 6 สเกล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่กระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน หรือระดับ 0 และกลุ่มที่กระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งแบ่งเป็นระดับที่ 1-5 ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1. การกินอาหาร 2. การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน 3. การทำความสะอาดฟันเทียม 4. การดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป 5. การนอนหลับพักผ่อน 6. ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบญาติสนิทมิตรสหาย 7. อารมณ์และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย 8. สามารถยิ้ม หัวเราะ อดฟันได้โดยไม่อายใคร เกณฑ์การให้คะแนน ODP score=0 คือ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ODP score มากกว่า 0-10 คือ มีผลต่อคุณภาพชีวิต ODP score มากกว่า 10 คือ มีผลต่อคุณภาพชีวิตมาก

5) แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก เป็นแบบเลือกตอบ 3 ข้อ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม ทศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การคงใช้ฟันเทียม จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นัดสัมภาษณ์ผู้สูงอายุไร้ฟันที่ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากทั้งผู้ที่เลิกใช้ และที่ใช้ฟันเทียมต่อเนื่อง โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ในการช่วยสัมภาษณ์อ่านให้ฟังและให้ผู้สูงอายุตอบ

2. ผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจสภาพฟันเทียมและสภาพภายในช่องปากที่โรงพยาบาล หรือที่บ้าน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจ

3. ในการตรวจประเมินคุณภาพทางคลินิกฟันเทียม จะตรวจผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมในระยะเวลา 2 ปี ส่วนผู้ที่ใส่มานานกว่านั้นจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการเก็บข้อมูลจากการบันทึกของงานทันตกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ logistic regression

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 35/2564 ลงวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2565) โดย ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวม ข้อมูลด้วยตนเอง บันทึกข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเท่านั้น

ไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number- HN) จะถูกเปลี่ยนแปลงให้เป็นหมายเลขการศึกษาวิจัย (Case number) ข้อมูลที่ได้จากแบบเก็บข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวม และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย โดยไม่มีการอ้างถึงชื่อ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 178 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 104 คน (ร้อยละ 58.4) มีอายุสูงสุด 91 ปี ต่ำสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 71.2 ปี สถานภาพคู่จำนวน 74 คน (ร้อยละ 41.5) ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 21.3) จบระดับประถมศึกษาจำนวน 94 คน (52.8) มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 69 คน (ร้อยละ 38.7) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานจำนวน 51 คน (ร้อยละ 28.6) ส่วนใหญ่มีลำดับชุดของฟันเทียม ชุดแรกจำนวน 90 คน (ร้อยละ 50.6) มีผู้สูงอายุที่เลิกใช้ฟันเทียม 24 คน (ร้อยละ 13.5) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ผู้ที่ใช้ฟันเทียม และผู้ที่เลิกใช้ พบว่าลำดับชุดของฟันเทียมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด (n=178) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่ใช้ฟันเทียม (n=154) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่เลิกใช้ฟันเทียม (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ				
ชาย	74 (41.6)	68 (44.1)	6 (25.0)	0.794
หญิง	104 (58.4)	86 (55.9)	18 (75.0)	
อายุ				
60-70 ปี	73 (41.0)	66 (42.8)	7 (29.2)	0.093
70-80 ปี	58 (32.6)	49 (31.8)	9 (37.5)	
80-90 ปี	46 (25.8)	38 (24.6)	8 (33.3)	
> 90 ปี	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0.0)	
Mean $\pm$ SD	71.2 $\pm$ 3.26	70.8 $\pm$ 2.89	69.1 $\pm$ 2.97	

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด (n=178) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ใช้ฟันเทียม (n=154) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ที่ไม่ใช้ฟันเทียม (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สถานภาพ				
คู่	74 (41.5)	60 (38.9)	14 (58.4)	0.964
หม้าย/หย่าร้าง	65 (36.5)	60 (38.9)	5 (20.8)	
โสด	39 (22.0)	34 (22.2)	5 (20.8)	
การประกอบอาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	61 (34.3)	57 (37.0)	4 (16.6)	0.071
รับจ้าง	38 (21.3)	26 (16.8)	12 (50.0)	
รับราชการ	36 (20.2)	35 (22.7)	1 (4.3)	
เกษตรกร	15 (8.5)	10 (6.7)	5 (20.8)	
ค้าขาย	28 (15.7)	26 (16.8)	2 (8.3)	
การศึกษา				
ประถมศึกษา	94 (52.8)	81 (52.6)	13 (54.1)	0.095
มัธยมศึกษา	42 (23.6)	34 (22.0)	8 (33.3)	
อนุปริญญา	28 (15.7)	25 (16.2)	3 (12.6)	
ปริญญาตรี	14 (7.9)	14 (9.2)	0 (0.0)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	32 (17.9)	29 (17.8)	3 (12.6)	0.784
โรคเบาหวาน	51 (28.6)	43 (27.9)	8 (33.3)	
โรคความดันโลหิตสูง	48 (26.9)	42 (27.3)	6 (25.0)	
โรคหัวใจ	14 (7.9)	14 (9.2)	-	
โรคไขมันในเลือด	36 (20.2)	29 (17.8)	7 (29.1)	
ลำดับชุดของฟันเทียม				
ชุดแรก	90 (50.6)	77 (50.0)	13 (54.1)	0.046*
ชุดที่สอง	61 (34.3)	52 (33.8)	9 (37.5)	
ชุดที่สาม	27 (15.1)	25 (16.2)	2 (8.4)	

2. คุณภาพทางคลินิกฟันเทียม

คุณภาพทางคลินิกฟันเทียมหลังผู้สูงอายุไร้ฟัน
ไปใช้ พบปัญหามากที่สุดเกี่ยวกับฟันเทียมไม่เสถียร

(ร้อยละ 23.0) การยึดอยู่ของฟันเทียมไม่เหมาะสม

(ร้อยละ 18.5) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพทางคลินิกฟันเทียม (N=178)

คุณภาพทางคลินิกฟันเทียม	จำนวน	ร้อยละ
การยึดอยู่ของฟันเทียมไม่เหมาะสม	33	18.5
ฟันเทียมไม่เสถียร	41	23.0
ความสูงของฟันเทียมไม่เหมาะสม	10	5.6
มีปัญหาการสบฟันและการออกเสียง	19	10.7
ฟันเทียมชำรุด	19	10.7
ความสะอาดของฟันเทียม	20	11.2
สภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก	31	17.4

3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากโดยรวม และรายข้อ พบว่า อยู่ใน

ระดับมาก ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ความพึงพอใจในฟันเทียมทั้งปาก (Mean 4.43, SD 0.94) รองลงมาฟันเทียมทั้งปากทำให้มีความมั่นใจขึ้น (Mean 3.88, SD 0.74) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (N=178)

หัวข้อ	ความพึงพอใจ		แปลผล
	Mean	S.D.	
1. ฟันเทียมทั้งปากทำให้มีความมั่นใจขึ้น	3.88	0.74	มาก
2. รู้สึกสบายใจในการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	3.78	0.82	มาก
3. ฟันเทียมทั้งปากมีลักษณะดีและสวยงาม	3.65	0.70	มาก
4. สามารถใช้ในการรับประทานอาหารได้ดี	3.71	0.83	มาก
5. สามารถใช้ในการพูดได้	3.76	0.70	มาก
6. ความพึงพอใจในฟันเทียมทั้งปาก	4.43	0.94	มาก
รวม	3.86	0.65	มาก

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากโดยรวมจำนวน 45 คน (ร้อยละ 25.30)

ข้อที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารจำนวน 28 คน (ร้อยละ 15.74) รองลงมาการทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียมจำนวน 24 คน (ร้อยละ 13.49) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (N=178)

หัวข้อ	ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต OIDP score=0		มีผลต่อคุณภาพชีวิต OIDP score>0-10	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร	150	84.26	28	15.74
2. การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน	157	88.20	21	11.80
3. การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม	154	86.51	24	13.49
4. การดำเนินชีวิตทั่วไป เช่น การทำงานบ้าน การทำอาหาร	165	92.69	13	7.31
5. การนอนหลับพักผ่อน	159	89.32	19	10.68
6. ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบญาติสนิทมิตรสหาย	160	89.88	18	10.12
7. สามารถยิ้ม หัวเราะ อดฟันได้ไม่อาย	157	88.20	21	11.80
8. อารมณ์ จิตใจ ความหงุดหงิด ไม่สบายใจ	144	80.90	34	19.10
รวม	133	74.7	45	25.30

5. ปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

ปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมทั้งปากโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก อันดับ

สูงสุด ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Mean 2.97, SD 1.83) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม (Mean 2.84, SD 1.74) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

หัวข้อ	ความพึงพอใจ		แปลผล
	Mean	S.D.	
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม	2.84	1.74	มาก
ทัศนคติ ต่อการใช้ฟันเทียม	2.36	1.82	มาก
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	2.64	1.70	มาก
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	2.97	1.83	มาก
รวม	2.73	1.65	มาก

6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกใช้ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุไร้ฟัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกใช้ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุไร้ฟัน ได้แก่ การยึดอยู่ ความเสถียร

การสบฟัน คุณภาพชีวิต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกใช้ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุไร้ฟัน

ปัจจัยเสี่ยง	Odd Ratio (95%CI)	p-value
ลำดับชุดของฟัน	2.06 (1.97-4.13)	0.030*
การยึดอยู่	1.14 (1.10-1.85)	0.001*
ความเสถียร	2.28 (2.99-5.24)	0.000*
การสบฟัน	1.22 (1.01-1.36)	0.000*
คุณภาพชีวิต	0.89 (0.32-0.94)	0.000*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	2.09 (1.94-2.58)	0.030*

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากประชากรเป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาสูงสุดถึงร้อยละ 52.8 จึงอ่านหนังสือไม่ออกและมีปัญหาในการมองเห็น ทำให้เป็นอุปสรรคในการอ่าน ดังนั้น วิธีการสัมภาษณ์จึงเป็นวิธีที่เหมาะสม ทำให้ได้ข้อมูลตรงตามจริงมากที่สุด จากการติดตามผลการใช้ฟันเทียมทั้งปากมีผู้สูงอายุเลิกใช้ฟันเทียมจำนวน 24 ราย จากการศึกษาพบว่า สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ ต้องมีการพึ่งพา เมื่อออกจากบ้าน รองลงมาเรื่องไม่มีเวลา อายุมากแล้วมีปัญหาในด้านค่าใช้จ่าย และการเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของศิริพร ศรีบัวทอง⁴ ที่ศึกษาการติดตามผลการใช้ฟันเทียมเป็นเวลา 5 ปี ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การย้ายที่อยู่ เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดที่ทำให้ไม่สามารถตรวจติดตามได้ รองลงมาคือการใช้ฟันเทียมไม่ต่อเนื่อง การเสียชีวิต และการเจ็บป่วยหนัก ตามลำดับ ดังนั้นการให้บริการฟันเทียมเชิงรุก อาจเป็นอีก กลยุทธ์หนึ่งในการช่วยผู้สูงอายุใช้ฟันเทียมต่อเนื่อง ซึ่งการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของผู้ที่สูญเสียฟันไม่เพียงแต่อาศัยความรู้ความสามารถของทันตแพทย์ และการมีระบบประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน ของภาครัฐที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการทำฟันเทียมให้เท่านั้น แต่ภาครัฐ

ควรให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งยังคงเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ทางทันตกรรมของประชากรไทย

จากการตรวจคุณภาพทางคลินิกฟันเทียมมีฟันเทียมไม่เสถียรร้อยละ 23.0 การยึดอยู่ของฟันเทียมไม่เหมาะสม ร้อยละ 18.5 โดยพบในฟันเทียมล่างมากกว่าฟันเทียมบน สอดคล้องกับ Kovaci I, Celebi A, Zlatari DK, et al.⁵ ที่ว่าหลังจากใส่ฟันไปแล้ว 5 ปี การละลายตัวของสันกระดูกขากรรไกรล่างจะมากกว่าขากรรไกรบนถึงสองเท่า และยังสอดคล้องกับ Wolff A, et al.¹⁰ การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมระดับมากแม้จะตรวจพบความผิดปกติก็ตาม แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการใช้กล่อมเนื้อแก้ม ริมฝีปาก และลิ้นในการช่วยประคองฟันเทียมได้ดีจนเกิดความเคยชิน อย่างไรก็ตามการตรวจติดตามและแก้ไขฟันเทียมเป็นระยะ จะช่วยแก้ไขปัญหาลดได้ดีกว่า และอาจยืดอายุการใช้งานได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 28.65 เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการละลายตัวของสันกระดูกขากรรไกรมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป การให้ความรู้ และคำแนะนำในเรื่องของการตรวจติดตามจึงเป็นสิ่งจำเป็น อาจต้องกำหนดการให้บริการฟันเทียมใหม่ เมื่อใช้งานครบ 5 ปี แล้ว เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว สันเหงือกมีปัญหา ฯลฯ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากโดยรวมพบร้อยละ 25.30 ใกล้เคียง

กับการศึกษาของ ศิริพร ศรีบัวทอง พบร้อยละ 28.2 ซึ่งน้อยกว่าหลายการศึกษา เช่น Hussain Al.¹¹ พบร้อยละ 62 สถาพร จันทร พบร้อยละ 58.4 เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่ และ วิลาวลัย วีระอาชากุล¹² พบร้อยละ 51 Adulyanon และ Sheiham พบร้อยละ 73.6 โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการรับประทานอาหาร รองลงมา การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่ และวิลาวลัย วีระอาชากุล แต่แตกต่างจาก สถาพร จันทร ที่พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการรับประทานอาหาร และการยิ้มและหัวเราะ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแตกต่างกัน เพราะการศึกษาของสถาพร จันทร มุ่งเน้นผู้สูงอายุที่ต้องการใส่ฟันเทียม

การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกใช้ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุไร้ฟัน ได้แก่ ลำดับของฟันเทียม การยึดอยู่ ความเสถียร การสบฟัน คุณภาพชีวิต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากการรายงานของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากในหลายการศึกษาสอดคล้องกัน โดยพบว่า ปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เกิดจากฟันเทียมหลวมขยับ (ill-fitting, loose denture) โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ฟันเทียมมานานเกิน 2 ปี และเป็นฟันลำดับชุดที่สอง^{13,14,15} นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น เช่น ความเจ็บปวดหรือไม่สบายจากการใส่ฟันเทียม ฟันเทียมใหญ่ค้ำ รู้สึกเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด/ไม่แหลก^{13,14,15} หลายการศึกษาให้ผลลัพธ์ตรงกันว่า การเลิกใช้ฟันเทียมมีความสัมพันธ์กับการติดอยู่และ/หรือความเสถียรของฟันเทียมในขากรรไกรล่าง^{16,17,18} แม้ว่าฟันเทียมในขากรรไกรบนที่มีการติดอยู่และ/หรือความเสถียรไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบเช่นกัน^{19,20} แต่การศึกษาส่วนใหญ่กลับไม่พบความสัมพันธ์นี้เนื่องจากการติดอยู่และความเสถียรที่ไม่เหมาะสมของฟันเทียมในขากรรไกรบนมี ความชุก (prevalence) น้อยกว่า

ฟันเทียมในขากรรไกรล่าง²¹ ดังนั้น กระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการสร้างฟันเทียมทั้งปาก คือ ขั้นตอนการพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (final impression) ทั้งการปั้นขอบ (border mold) และการเลือกวัสดุพิมพ์ปากที่มีการไหลแผ่ (flow property) เหมาะสม^{22,23} เพื่อให้ได้รอยพิมพ์ในการสร้างขึ้นหล่อหลัก (master cast) ที่เหมาะสมสำหรับการขึ้นรูปฐานฟันเทียมที่มีความแนบสนิทกับเนื้อเยื่อรองรับข้างใต้ (tissue adaptation) มีการผนึกขอบโดยรอบ (border seal) และครอบคลุมเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมมากที่สุด (maximum extension) นอกจากการติดอยู่และความเสถียรฟันเทียมที่มีจำนวนจุดสบฟันหลังมากขึ้นและกระจายอย่างสม่ำเสมอทั้งสองข้างของขากรรไกร ยังช่วยส่งเสริมให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวดีขึ้นด้วย

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการเลิกใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า อยากไปรับบริการตามแพทย์นัด หากมีคนในครอบครัวพาไป เมื่อพบปัญหาการใส่ฟันเทียม อยากได้รับคำแนะนำจากบุคลากร เช่น การทำรากฟันเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมพร ทรัพย์บวร²⁴ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันเทียม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ฐานะทางเศรษฐกิจ ระบบการเข้ารับบริการทันตกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อจำกัดการวิจัย

การใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลค่อนข้างนาน เนื่องจากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการได้ยิน และสายตา ผู้สัมภาษณ์จึงต้องถาม ตอบทุกข้อ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในกรณีที่การยึดอยู่ ความเสถียรของฟันเทียมไม่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการฝังรากเทียมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการยึดอยู่

2. ควรมีการเสริมสร้างกำลังใจ และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือจากเครือข่ายชุมชนในการติดตามดูแล

3. ควรปรับปรุงข้อกำหนดระยะเวลาในการเปลี่ยนฟันเทียมชุดใหม่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกรณี ตามดุลยพินิจของทันตแพทย์

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบ Randomized controlled trial และประเมินผลกระทบสุขภาพช่องปากก่อนใส่ฟันเทียมด้วย เพื่อที่จะเปรียบเทียบกับผลกระทบหลังใส่ฟันเทียมได้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
- National Oral Health Plan for Thai Elders. In: Bureau of Dental Health DoH, Ministry of Public Health, editor; 2014.
- Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. J Am Dent Assoc 2016;147(12):915-7.
- ศิริพร ศรีบัวทอง. การติดตามผลการใช้ฟันเทียมเมื่อเวลา 5 ปี ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน : กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5; 34(1): 80-91.
- Bilhan H, Geckili O, Ergin S, et al. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. J Oral Sci 2013 ;55(1):29-37.
- Gosavi SS, Ghanchi M, Malik SA, et al. A survey of complete denture patients experiencing difficulties with their prostheses. J Contemp Dent Pract 2013; 14(3):524-7.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. รายงานประจำปี 2565. ลพบุรี : โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2565.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วี. อินเตอร์ พรีนซ์; 2557.
- Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In G. D. Slade (Ed.), Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997.
- Wolff A, Gadre A, Begleiter A, Moskona D, Cardash H. Correlation between patient satisfaction with complete dentures and denture quality, oral condition, and flow rate of submandibular/ sublingual salivary glands. Int J Prosthodont 2003;16(1):45-8.
- Hussain Al. Lifetime of Complete Dentures. Al-Anbar Med J 2014;7(1):138-43.
- เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่ และวิลาวัลย์ วีระอาชากุล. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน: กรณีศึกษาในเขตอำเภอสวรรคคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29 (4): 339-344.
- Boonmekhao P. Oral Health-related Quality of Life and patient satisfaction to the prosthodontic treatment at Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
- Limpuangthip N, Somkotra T, Arksomnukit M. Modified retention and stability criteria for complete denture wearers: A risk assessment tool for impaired masticatory ability and oral health-related quality of life. J Prosthet Dent 2018;120(1):43-9
- Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology 2001;18(2):102-8.
- Limpuangthip N. Denture quality, patient satisfaction, Oral Health-related Quality of Life, and

- their association [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.
17. Setthaworaphan P, Thitasomakul S, Daosodsai P. Oral Health related Quality of Life among elderly complete denture wearers and its associations with denture quality and masticatory efficiency assessed by the Thai version of OHIP-EDENT. J Dent Assoc Thai 2014;64(1):27-46.
 18. Alfadda SA, Al-Fallaj HA, Al-Banyan HA, Al-Kadhi RM. A clinical investigation of the relationship between the quality of conventional complete dentures and the patients' quality of life. Saudi Dent J 2015;27(2):93-8.
 19. Chen YF, Yang YH, Chen JH, Lee HE, Lin YC, Ebinger J, et al. The impact of complete dentures on the oral health-related quality of life among the elderly. J Dent Sci 2012;7(3):289-95.
 20. สถาพร จันทร. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2551;13:158-67.
 21. Perea C, Suarez-Garcia MJ, Del Rio J, Torres-Lagares D, Montero J, Castillo-Oyague R. Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2013;18(3):371-80
 22. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability, and support. Part I: retention. J Prosthet Dent 1983;49(1):5-15. 378 J DENT ASSOC THAI VOL.69 NO.4 OCTOBER - DECEMBER 2019
 23. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete dentures. Part II: stability. J Prosthet Dent 1983;49(2):165-72.
 24. อุดมพร ทรัพย์บวร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบล นครชัยศรี

อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2561; 37(4): 306-317.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

วันเพ็ญ ยินดี, พบ.*

Received: 30 พ.ย.65

Revised: 30 ธ.ค.65

Accepted: 31 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดในกลุ่มคนวัยทำงานมากขึ้น และปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 4 ยังคงเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหลัก ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย: รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 230 คน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงตุลาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูง จำนวน 206 คน (ร้อยละ 89.56) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 100 คน (ร้อยละ 43.48) ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และดัชนีมวลกาย นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สรุปผลการวิจัย: การวางแผนส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ น่าจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วัยทำงาน

*นายแพทย์, โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

Factors related to health literacy in the prevention of chronic non-communicable diseases among working age population in Health region 4,
Ministry of public health

Vanpen Yindee, M.D.*

Abstract

Introduction: Nowadays, chronic non-communicable diseases (NCDs) are more common among working age people. The NCDs is a major problem in the 4th health region which is caused by health behavior.

Objectives: This research was aimed to study knowledge and health literacy in prevention of chronic non-communicable diseases (NCDs) and factors related to health literacy in the prevention of NCDs among working age population in Health Region 4, Ministry of Public Health.

Methods: The descriptive research collected data from 230 working-age subjects aged 15-59 in Health Region 4 from September to October 2022. The instrument was a questionnaire to collect: 1) biosocial data, 2) knowledge of NCDs, and 3) health literacy. Data were then analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square, and Pearson's correlation coefficient.

Results: The 206 participants (89.56 %) had high knowledge and 100 participants (43.48 %) had a fair level of health literacy. Factors related to health literacy were age, sex, education level, marital status, average monthly income, and BMI. Moreover, the research found that knowledge was related to health literacy in the prevention of chronic non-communicable diseases.

Conclusion: Planning to promote health literacy may support health behavior in the prevention of NCDs among working age population in Health region 4

Keywords: Health literacy, Health Region 4, Non-communicable diseases, Working age

*King Narai Hospital, Lopburi Province

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ หรือ Non-communicable disease (NCD) เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ที่ปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รวมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งทำให้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สุด นอกจากนี้การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง รวมทั้งโรคมะเร็งต่าง ๆ ได้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic NCD) ที่จะค่อย ๆ มีอาการ และอาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ที่ละน้อย เมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี^{1,2}

การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก และทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง รวมทั้งบางโรคยังรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การดูแลสุขภาพร่างกาย โดยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ดูแลภาวะอารมณ์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ควบคุมน้ำหนักตัว และตรวจสุขภาพเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคนไทยวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 30,793 คน จากการสำรวจทุกจังหวัดของประเทศไทยในปี 2557 โดย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และพบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) อยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ 39.0) และในปี 2559 จากจำนวน 15,278 คนทั่วประเทศพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 49.0)^{3,4} และผลสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยทำงานในปี 2559 นี้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามลักษณะชีวสังคมยังพบว่า กลุ่มเพศชาย ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ในจำนวนที่มากกว่าเพศหญิง มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษา และมีการประกอบอาชีพ⁵ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นถือเป็นทักษะสำคัญเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ⁶

การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ตามแนวคิดของนัทบีม ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ ความรู้ ความเข้าใจสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง⁷ และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับความรู้ โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁸ และหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ทำให้เสียสุขภาพ และเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการรักษาในโรงพยาบาล⁵ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งยังพบว่ามีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีอัตราการ

เสียชีวิตในลำดับต้น ๆ ของเขต⁹ เพื่อนำข้อมูลความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปสู่การวิจัยและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ให้เหมาะสมต่อไปให้เกิดการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน จังหวัดที่พักอาศัย ดัชนีมวลกาย ประวัติการตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว และประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรในการวิจัย คือ ประชากรวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 5,401,559 คน⁹

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 230 คน กำหนดขนาดโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยใช้สถิติทดสอบ F tests กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.15 คำนวณสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Consecutive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusive criteria) คือ เป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุระหว่าง 15-59 ปี) ในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นผู้ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusive criteria) คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล
ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบ

เติมคำ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน จังหวัดที่พักอาศัย ดัชนีมวลกาย ประวัติการตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว และประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในครอบครัว

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบให้เลือกตอบแบบใช่ และไม่ใช่ จำนวน 25 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Bloom (1971)¹⁰ ได้แก่ มีความรู้ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) มีความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) มีความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)

3. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา) ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ และงานวิจัยของ เบญจวรรณ สอนอาจ (2562)¹¹ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 5 ตัวเลือก แบบ Rating scale 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ข้อละ 4-5 คะแนน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสารด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวมจัดเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับไม่ดี (<60% ของคะแนนเต็ม)
หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส.

พอใช้ ($\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ได้ถูกต้องบ้าง

ดี ($\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส.

ดีมาก ($\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของข้อคำถามทุกข้อ มากกว่า 0.5 (อยู่ระหว่าง 0.60-1.00) ส่วน ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 จึงนำแบบสอบถามนี้ไปใช้เก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี หนังสือรับรองเลขที่ KNH 16/2565 ลงวันที่ 6 กันยายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ ประโยชน์ที่จะได้รับ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล มีการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test โดยข้อกำหนด (Assumption) คือ สถิติ Chi square test ใช้ได้เมื่อค่า expect value < 5 ไม่เกิน 20 % ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด กรณีละเมียดตาราง 2×2 และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุช่วงวัยทำงานตอนกลาง (30-44 ปี) จำนวน 111 คน (ร้อยละ 48.26) เป็นเพศหญิง จำนวน 178 คน (ร้อยละ 77.39) สถานภาพโสด จำนวน 156 คน (ร้อยละ 67.82) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 126 คน (ร้อยละ 54.78) อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง/พนักงานของรัฐ จำนวน 66 คน (ร้อยละ 28.70) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001 – 25,000 บาท จำนวน 70 คน (ร้อยละ 30.44) พักอาศัยในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 54 คน (ร้อยละ 23.64) มีดัชนีมวลกาย (BMI) ในช่วง 18.5 – 22.90 (น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ) จำนวน 72 คน (ร้อยละ 31.30)

ประวัติการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพร่างกายภายใน 1 ปีที่ผ่านมา (0-12 เดือน) จำนวน 98 คน (ร้อยละ 42.61) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 178 คน (ร้อยละ 77.39) ประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในครอบครัว ส่วนใหญ่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 118 คน (ร้อยละ 51.30) รองลงมา คือ เบาหวาน จำนวน 75 คน (ร้อยละ 32.61) มะเร็ง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 15.65) หัวใจและหลอดเลือด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 10.44) ไตวายเรื้อรัง

จำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.22) และถุงลมโป่งพอง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.57) ตามลำดับ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการสอบถามความรู้ในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) จำนวน 206 คน (ร้อยละ 89.56) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) จำนวน 24 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในภาพรวม (n=230)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	0	0.00
ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	24	10.44
ความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	206	89.56
Mean=21.67, S.D.=1.69, Min.=15, Max.=25	230	100.00

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในภาพรวม ระดับพอใช้ จำนวน 100 คน (ร้อยละ 43.48) แสดงว่า

ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ได้ถูกต้องบ้าง (คะแนนความรอบรู้ $\bar{X}=97.65$, S.D.= 11.52) คะแนนสูงสุด 131 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 81 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในภาพรวม (n=230)

ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้ไม่ดี (<60% ของคะแนนเต็ม)	71	30.87
ความรอบรู้พอใช้ ($\geq 60 - <70\%$ ของคะแนนเต็ม)	100	43.48
ความรอบรู้ดี ($\geq 70 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม)	48	20.87
ความรอบรู้ดีมาก ($\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	11	4.78
Mean=97.65, S.D.= 11.52, Min.=81, Max.=131	230	100.00

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบผลดังนี้
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับดีมาก จำนวน 107 คน (ร้อยละ 46.52) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.92) แสดงว่าสามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้และนำมาใช้ตัดสินใจได้

ด้านความรู้ความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 184 คน (ร้อยละ 80.00) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับถูกต้อง ($\bar{X}=3.36$, S.D.=0.70) แสดงว่ารู้และเข้าใจใน 3อ. 2ส. ถูกต้องเป็นส่วนมาก เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

ด้านการสื่อสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 177 คน (ร้อยละ 76.95) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.20$, S.D.=0.70) แสดงว่าสามารถที่จะ ฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่น เข้าใจและยอมรับการปฏิบัติได้ดี

ด้านการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 166 คน (ร้อยละ 72.17) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.10$, S.D.=0.79) แสดงว่ามีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

ด้านความรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 137 คน (ร้อยละ 59.57) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.19$, S.D.=0.81) แสดงว่ายอมรับ และเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยมีการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อนเป็นส่วนใหญ่

ด้านการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ อยู่ในระดับดี จำนวน 126 คน (ร้อยละ 54.79) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.24$, S.D.=0.60) แสดงว่ามีการตัดสินใจ ที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตาม 3อ. 2ส. ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง และผู้อื่น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับรายด้าน (n=230)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนคน (ร้อยละ)				คะแนน		ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
	จำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับ				$\bar{X}$	S.D.	
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี			
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	107 (46.52)	60 (26.09)	63 (27.39)	0 (0.00)	3.44	0.92	ดี
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	18 (7.83)	184 (80.00)	28 (12.17)	0 (0.00)	3.36	0.70	ถูกต้อง
3. ด้านการสื่อสาร	18 (7.83)	177 (76.95)	35 (15.22)	0 (0.00)	3.20	0.70	ดี
4. ด้านการจัดการตนเอง	8 (3.48)	166 (72.17)	56 (24.35)	0 (0.00)	3.10	0.79	ดี
5. ด้านความรู้เท่าทันสื่อ	26 (11.30)	137 (59.57)	67 (29.13)	0 (0.00)	3.19	0.81	ดี
6. ด้านการตัดสินใจ	101 (43.91)	126 (54.79)	3 (1.30)	0 (0.00)	3.24	0.60	ดี

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง

โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) (n=230)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ) จำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม			χ^2	p
	ดีมาก	ดี	พอใช้		
เพศ					
- ชาย	1 (0.44)	5 (2.17)	46 (20.00)	7.027	.030
- หญิง	10 (4.35)	43 (18.70)	125 (54.35)		
สถานภาพสมรส					
- โสด	1 (0.44)	18 (7.83)	137 (59.56)	55.539	.000*
- สมรส	8 (3.48)	21 (9.13)	31 (13.48)		
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2 (0.87)	9 (3.81)	3 (1.30)		
ระดับการศึกษา					
- มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา (ปวช.)	4 (1.74)	2 (0.87)	10 (4.35)	27.016	.001*
- อนุปริญญา/ปวส.	0	1 (0.44)	29 (12.61)		
- ปริญญาตรี	7 (3.04)	29 (12.61)	90 (39.13)		
- สูงกว่าปริญญาตรี	0	16 (6.96)	42 (18.26)		
อาชีพ					
- ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	0	8 (3.48)	9 (3.81)	91.176	.078*
- รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3 (1.30)	11 (4.78)	24 (10.44)		
- พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	1 (0.44)	6 (2.61)	50 (21.74)		
- ทำไร่, ทำนา, ทำสวน	7 (3.04)	19 (8.26)	6 (2.61)		
- ผู้ใช้แรงงาน คนงาน รับจ้างทั่วไป	0	1 (0.44)	14 (6.09)		
- ลูกจ้าง / พนักงานของรัฐ	0	3 (1.30)	63 (27.39)		
- นักเรียน/นักศึกษา	0	0	5 (2.17)		
จังหวัดที่พักอาศัยปัจจุบัน					
- นนทบุรี	2 (0.87)	13 (5.65)	39 (16.96)	6.287	.845*
- ปทุมธานี	1 (0.44)	8 (3.48)	41 (17.83)		
- พระนครศรีอยุธยา	2 (0.87)	7 (3.04)	26 (11.30)		
- ลพบุรี	2 (0.87)	6 (2.61)	24 (10.44)		

ตารางที่ 4 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) (n=230)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ) จำแนกตามเกณฑ์การจัดระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม			χ^2	p
	ดีมาก	ดี	พอใช้		
- สระบุรี	1 (0.44)	5 (2.17)	21 (9.13)		
- อ่างทอง	1 (0.44)	3 (1.30)	8 (3.48)		
- นครนายก	1 (0.44)	4 (1.74)	6 (2.61)		
- สิงห์บุรี	1 (0.44)	2 (0.87)	6 (2.61)		
โรคประจำตัว					
- ไม่มี	9 (3.81)	39 (16.96)	151 (65.65)	15.958	.228*
- มี	2 (0.87)	9 (3.81)	20 (8.70)		
ประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในครอบครัว					
- โรคความดันโลหิตสูง	8 (3.48)	18 (7.83)	64 (27.83)	42.091	.102*
- โรคเบาหวาน	2 (0.87)	18 (7.83)	29 (12.61)		
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	0	3 (1.30)	18 (7.83)		
- โรคมะเร็ง	0	2 (0.87)	27 (11.92)		
- โรคไตวายเรื้อรัง	0	2 (0.87)	8 (3.48)		
- โรคถุงลมโป่งพอง	0	0	1 (0.44)		
- โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	1 (0.44)	5 (2.17)	24 (10.44)		

p < .05, *Fisher's Exact Test

เมื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย และระดับความรู้ ซึ่งระดับความรู้ มีความสัมพันธ์

กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด (r=0.899) รองลงมาคือ อายุ (r=0.789) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับมาก ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=0.485 และ r=0.416 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=230)

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
อายุ	0.789**	<.001
รายได้ต่อเดือน	0.485**	<.001
ดัชนีมวลกาย (BMI)	0.416**	<.001
ประวัติการตรวจสุขภาพ	0.111	.094
ความรู้	0.899**	<.001

**p < 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

จากระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับ อุบล ตูลยากรณ์ (2553) ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับดี และยุคปัจจุบันจัดเป็นยุคดิจิทัล ที่มีช่องทางการสื่อสารด้านสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงสามารถทำให้ประชาชนได้รับความรู้มากขึ้น ในด้านความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 43.48) ¹² ทั้งนี้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะมีการพัฒนาหรือปรับปรุงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นตามระดับความรู้ นั้น สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ ซึ่งมีผลทั้งในผู้ที่เจ็บป่วย ให้สามารถลดความรุนแรงของโรค ส่วนในผู้ที่มีสุขภาพดี ให้สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น หากผู้มีความรู้ด้านสุขภาพแต่ขาดการนำไปปฏิบัติใช้จะส่งผลกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงควรกำหนดมาตรการในการกระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีมาตรการปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ Pender et al. (2006) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุสิตา พุทธิไสย และศรัณย์ธร ศศิธรนากรแก้ว (2562) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ประชากรวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังมี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการติดต่อ การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ¹⁴ ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปปฏิบัติ ซึ่งหากได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามไปด้วย โดยช่องทางเข้าถึงข้อมูลมีความสำคัญในการตัดสินใจในการเลือกรับข้อมูล หากมีขั้นตอนในการเข้าถึงยุ่งยากจะทำให้ไม่ยอมเข้ารับข้อมูลนั้น ซึ่งสอดคล้องกับ วัชรพร เขยสุวรรณ และอมลวรรณ ต้นแสนทวี (2561) อธิบายว่าต้องมีการจัดให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือ สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก และมีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการเฝ้าระวังตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้อง และเป็นภัยกับประชาชน ¹⁵

นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นสัมพันธ์กับ อายุ ระดับการศึกษา การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ¹⁶ และความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลต่อการควบคุมโรคได้ ¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย และระดับความรู้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ^{3,4} โดยมีรายงานว่าคนไทยวัยทำงานที่เป็นเพศชาย ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ⁵ อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้สังคมปัจจุบันเป็นสังคมดิจิทัล การเข้าถึงสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ จึงไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในหนังสือ/ตำรา ประชาชนทุกเพศ

ทุกอาชีพ สามารถเข้าถึงและรับข้อมูลสุขภาพได้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนปัจจัยด้านอายุที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีทั้งวัยทำงานตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ซึ่งอาจมีการปรับตัวการใช้ชีวิต การแสวงหาอาชีพ รายได้ การสร้างความมั่นคงในชีวิต และความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ แตกต่างกันไป

นอกจากนี้ความรู้จัดเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งหนึ่ง ที่จะส่งผลทำให้บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น¹⁸ ถือเป็นทักษะทางการรับรู้และทางสังคม รวมถึงเป็นทักษะทางปัญญา ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น^{6,7} สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันแต่ระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากบุคคลไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใด ก็สามารถแสวงหาและเข้าถึงข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ ก็จะทำให้มีความรอบรู้สุขภาพได้⁶ ซึ่งเป็นการจัดการโรคเรื้อรังที่สำคัญที่สุดทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติได้ไม่ต้องพึ่งพิงญาติผู้ดูแล ไม่กระทบต่อค่าใช้จ่ายของบุคคลและระบบบริการสุขภาพในการรักษาพยาบาล และไม่ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องหันมาให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป การศึกษานี้ทำให้ทราบระดับความรู้ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นเขตที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีอัตราการเสียชีวิตในลำดับต้น ๆ⁹ เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพในการส่งเสริม/พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ให้เหมาะสมต่อไปให้เกิดการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยบุคคล แต่การจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นยังสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกที่นอกเหนือไปจากปัจจัยบุคคล จึงควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในเชิงปริมาณ ควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรม/สื่อดิจิทัล ส่งเสริมการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อให้แก่ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน/กลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค
3. ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 4 มีทั้งจังหวัดที่เป็นบริบทของสังคมเมืองและสังคมชนบท ควรศึกษาเปรียบเทียบความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4 ที่มีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน เนื่องจากผลการศึกษามีความแตกต่างกัน อันจะส่งผลให้สามารถกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2562. เข้าถึงได้จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/07/HP-eBook_14.pdf
2. นันทกร ทองแดง. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCDs). 2562. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/healthdetail.asp?aid=1371>
3. อังคินันท์ อินทรกำแหง. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
4. อังคินันท์ อินทรกำแหง. การเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความ สัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาพของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2559; 22[2]: 103-119.
5. อังคินันท์ อินทรกำแหง. การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของพฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ. รายงานการวิจัย. 2561. เข้าถึงได้จาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/282370.pdf>
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : อมรินทร์; 2561.
7. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67[12]: 2072-8.
8. Chin, J., Morrow, D.G., Stine-Morrow, E.A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J.F., & Murray, M.D. The process-knowledge model of health literacy: Evidence from a componential analysis of two commonly used measures. J Health Commun 2011; 16[Suppl 3]: 222-41.
9. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4. รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 4. สระบุรี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4; 2564. เข้าถึงได้จาก http://www.sbo.moph.go.th/sbo/file/รายงานผลการดำเนินงาน%20เขตสุขภาพที่%204%20ปี%202564.pdf?page_id=1501
10. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างเสริมและ การประเมินด้านความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
11. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพ มหานครและปริมณฑล. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
12. อุบล ตุลยากรณ์. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราษ; 2553.
13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice (5th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc; 2006.
14. ดุสิตา พุทธิไสย และศรัณย์ธร ศศิณกรแก้ว. การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเจนเนอเรชันวาย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2562; 14[1]: 124-141.
15. วัชรพร เขยสุวรรณ และอมลวรรณ ต้นแสนทวี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. วารสารแพทยนาวิ 2561; 45[2]: 250-266.
16. Darvishpour J, Omid S, Farmanbar R. The Relationship between Health Literacy and Hypertension Treatment Control and

Follow-up. Caspian Journal of Health

Research 2016; 2[1]: 1-8. doi:

10.18869/acadpub.cjhr.2.1.1

17. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, et. al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. Internal and Emergency Medicine 2017; 12[6]: 765-776. doi: 10.1007/s11739-017-1651-7.
18. Stiles E. Promoting health literacy in patients with diabetes. Nursing Standards 2011; 26[8]: 35-40.

กรณีศึกษา

Case Study

กรณีศึกษา: การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด

สินี แจ่มกระจ่าง, พย.บ.*

Received: 5 ต.ค.65
 Revised: 20 พ.ย.65
 Accepted: 25 พ.ย.65

บทคัดย่อ

บทนำ: การเสพยาเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งยาบ้า หรือ เมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดที่พบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อยเกิดภาวะรกเสื่อม และเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้สูง สาเหตุเกิดจากฤทธิ์ของยาเอง ร่วมกับการที่มารดามักมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ไม่มีการฝากครรภ์ มีการติดเชื้อต่าง ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้แล้วยาในกลุ่มแอมเฟตามีนยังสามารถผ่านสู่นมแม่ได้ ทำให้ทารกเกิดความเสี่ยงต่อการได้รับสารในกรณีที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญ ในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

วิธีการศึกษา: ศึกษาการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยแล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุกิจกรรมการพยาบาลและ ประเมินผลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: พบว่ามารดาที่ใช้สารเสพติด หรือยาบ้า นั้น มีความเสี่ยงสูงต่อการตกเลือดหลังคลอด หรืออาจกล่าวได้ว่าการเสพยาบ้าเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดสูง เมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดทำให้เสี่ยงต่อภาวะช็อก และการเสียชีวิตได้ ในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลสามารถประเมินการตกเลือดหลังคลอด และค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว และมีการเตรียมความพร้อมของเลือดและอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้อย่างเพียงพอ จนสามารถช่วยชีวิตมารดาตกเลือดหลังคลอดได้ และทารกปลอดภัยไม่ได้รับสารเสพติดจากมารดา ไม่เกิดภาวะถอนยา แต่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวน้อย ร่างกายแข็งแรงดี ดูดนมผสมได้ มารดาและทารกได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 4 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับไปอยู่บ้านได้

บทสรุป: การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการค้นหาปัญหา ประเมินความเสี่ยง การตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่แรกรับ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ในการประเมินการตกเลือดหลังคลอดของมารดา สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงช่วยในการวางแผนการรักษามีความรวดเร็ว ทันเวลามีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีมารดาและทารกมีความปลอดภัย ครอบครัวมีความมั่นใจ บรรลุเป้าหมายลูกอยู่รอดแม่ปลอดภัย และช่วยให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีความยั่งยืน

คำสำคัญ: การตกเลือดหลังคลอด, การใช้สารเสพติด

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสิงห์บุรี

A Case study: Nursing care for postpartum hemorrhage mothers who use drugs

Sinee Jamkrajang, B.N.S.*

Abstract

Introduction: Substance abuse among pregnant women is on the rise worldwide including Thailand, where methamphetamine is a narcotic substance that has been found to be increasingly used by pregnant women. Their substance abuse increases a risk of preeclampsia, placental abruption, prematurely miscarriage, fetal growth restriction (FGR), low birth weight, placental insufficiency, and postpartum hemorrhage. The major cause is the effect of drugs they use in conjunction with their poor nutritional status, lack of antenatal care, and infections during pregnancy. In addition, infants may be at risk of receiving amphetamines passing through breast milk. Hemorrhage can cause massive blood loss, resulting in insufficient oxygen in cells and malfunctioning cells, especially the hypothalamus and pituitary glands associated with significant hormones in the postnatal period. Delayed treatment can lead to complications such as Sheehan's syndrome, severe anemia, shock, disability, and death.

Methods: This study investigated one patient admitted to Singburi Hospital. Data were collected from interviews, observations, and medical records. Then, a nursing process was performed in terms of nursing diagnoses along with guidelines of the American Association of Nursing Diagnostic, nursing implementation, and evaluation.

Results: The results revealed that the patient who was a mother using amphetamine had a high risk of postpartum hemorrhage. In other words, amphetamine use resulted in postpartum hemorrhage. A mother suffering from postpartum hemorrhage was found to have a high risk of shock and death. In this study, the nurses could assess postpartum hemorrhage and quickly find out the risk factors that cause postpartum hemorrhage. In addition, they prepared sufficient blood and resuscitation equipment. Their nursing care could successfully save the mother and the female infant. The infant was underweight. However, it was healthy and able to suck milk, having no complications and performing no symptoms of drug withdrawal. The mother and the infant were hospitalized at Singburi Hospital for 4 days.

Conclusions: To provide nursing care for postpartum hemorrhage mothers using drugs, nurses play an important role in finding problems and assessing the risk of postpartum hemorrhage. Therefore, it is necessary for nurses to be knowledgeable about the assessment of maternal postpartum hemorrhage and the prediction of risks. The effective nursing care results in a quick treatment planning, keeping mothers and babies safe and gaining trust from their families. Finally well-planned nursing care contributes to successful treatment and sustainable nursing care quality.

Keywords: Postpartum hemorrhage, Drug abuse

*Singburi Hospital

บทนำ

การใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก¹ รวมถึงประเทศไทย ด้วย ซึ่งยาบ้า หรือ เมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดที่พบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์² ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลมีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 8.0 ในปีค.ศ. 1994 เป็นร้อยละ 24.0 ในปีค.ศ. 2006 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยหญิงกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 12.0³ การเสพยาเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่อายุครรภ์น้อยหรือตลอดการตั้งครรภ์ จะส่งผลให้อุบัติการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกเพิ่มขึ้น⁴ จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการเสพยาเมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์, ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย^{5,6} ทำให้มีภาวะรกเสื่อม และเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้สูง⁷ สาเหตุเกิดจากฤทธิ์ของยาเอง ร่วมกับการที่มารดามักมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ไม่มีการฝากครรภ์ มีการติดเชื้อต่าง ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้แล้วยาในกลุ่มแอมเฟตามีนยังสามารถผ่านสูนมแม่ได้ ทำให้ทารกเกิดความเสี่ยงต่อการได้รับสารในกรณีที่มีมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด⁷ เป็นภาวะแทรกซ้อน ของการคลอดที่พบได้มากที่สุด และเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย

จากสถิติปีพ.ศ. 2557 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ 23.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย⁸ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้า จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และ เสียชีวิตได้

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสามารถทำได้ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ เริ่มจากการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด ตรวจหาและแก้ไขภาวะชืดขณะตั้งครรภ์ เมื่ออยู่ในระยะรอคลอดพิจารณาให้ยากระตุ้นคลอด (oxytocin) อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ ด้วยความระมัดระวังและเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด มีการใช้ partograph เพื่อติดตามการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดที่เนิ่นนาน (prolonged labor) รวมทั้งฟังเสียงหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ สังเกตเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอดต้องทำการคลอดทารกอย่างถูกต้อง ตามกระบวนการคลอดช่วยคลอดโดยให้มีการบาดเจ็บต่อช่องทางคลอดน้อยที่สุด และใช้หัตถการช่วยคลอดตามข้อบ่งชี้ในระยะคลอดต้องดูแลระยะคลอดที่ 3 อย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมาก หลังการคลอดระยะที่ 3 สิ้นสุดลงต่อองเฝ้าระวัง และสังเกตการตกเลือดหลังคลอดให้ใกล้ชิดเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้น จะช่วยให้การดูแลทันท่วงที ปัจจุบันมีกระบวนการสำหรับการรักษาภาวะ ตกเลือดหลังคลอดที่เรียกว่า TIME Protocol ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การรักษาชีวิตและลดอุบัติการณ์ของการตัดมดลูก

กระบวนการ TIME ประกอบไปด้วย หลัก 4 ประการคือ⁹ 1. การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ (Team) 2. การเตรียมช่วยชีวิต (Initial resuscitation and investigation) ได้แก่ การนวดมดลูก เปิดหลอดเลือดด้วยเข็มขนาดใหญ่อย่างน้อย 2 เส้น และให้สารน้ำ crystalloid อย่างรวดเร็ว ให้ oxygen ชนิด mask with bag 10 L/min แนะนำให้ใส่สายสวนปัสสาวะทุกราย เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดของผู้ป่วย เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจและ G/M PRC 3. การให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (Medical treatment) 4. การหยุดเลือด (End of bleeding) หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่ได้ผล จำเป็นต้องใช้หัตถการต่าง ๆ ในการหยุดเลือด ได้แก่ การใช้บอลลูน, การผ่าตัดด้วย B-Lynch, การผ่าตัดเพื่อทำ uterine artery ligation การผ่าตัดมดลูก

จากโครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยที่โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดสิงห์บุรี กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ ไปคลอดที่โรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมี 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี เนื่องจากมีความพร้อมทั้งทางด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์มารับการคลอดที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีและอินทร์บุรี ทุกวัน ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความปลอดภัยและพึงพอใจ จากสถิติหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2563-2565 มีจำนวนมารดาหลังคลอด 1137, 999 และ 887 รายตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่เสพยาเสพติดจำนวน 20, 17 และ 19 รายตามลำดับ พบมารดาตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.92, 0.87 และ 0.74 ตามลำดับ และ มารดาที่เสพยาเสพติดตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 0.13, 0.10 และ 0.08 ตามลำดับ¹⁰ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการ

ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดา ตั้งแต่ย้ายออกจากห้องคลอด ในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงเป็นต้นไป ดังนั้นจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts และสอนมารดาให้ทราบถึงอาการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรูสึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และสิ่งสำคัญในมารดาที่ติดสารเสพติดจำเป็นต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยในการเลี้ยงดูทารก เนื่องจากมารดามีภาวะไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลกระทบต่อตัวบุตรและตัวมารดาเอง จึงต้องมีการสนับสนุนให้มารดาเข้าสู่กระบวนการรักษาเพื่อเลิกใช้สารเสพติดโดยเร็ว ดังนั้นจึงได้จัดทำการศึกษา การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเป็นแนวทางการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด

กรณีศึกษา

มารดาหญิงไทยครรภ์ที่ 3 อายุ 35 ปี 7 เดือน สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้าน สิทธิการรักษาประกันสังคมโรงพยาบาลสิงห์บุรี บุคคล ในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคติดต่อ และโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา มีประวัติเสพยาบ้ามาประมาณ 2 ปี (ตรวจพบครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2565) เลิกได้ในระยะเวลาสั้น ๆ มีการเสพยาบ้าก่อนมา 3-4 วัน และสูบบุหรี่วันละ 10 มวน อายุครรภ์ 39⁺2 สัปดาห์ คาคะเนกำหนดคลอด (EDC) วันที่ 20 สิงหาคม 2565 ฝากครรภ์

ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ครบ 5 ครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 9⁺2 สัปดาห์ ผล Lab VDRL= non-Reactive, HbsAg = negative, Anti HIV non-Reactive, Blood group (ABO) = A, Rh group = positive, Hematology 10.6 gm/dl, Hemoglobin 31.8 %, MCV 63.5 fl, MCH 21.3 pg, Platelets Count 247,000 cell/ul, OF (ANC/Free) positive, DCIP negative, Urine Analysis Protein u/a = negative, Glucose u/a= negative ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ 3 เข็ม ตั้งครรภ์แรกตอนอายุ 18 ปี คลอดปกติ เพศชาย น้ำหนัก 2,700 กรัม ตั้งครรภ์ที่ 2 ตอนอายุ 21 ปี คลอดปกติ เพศชาย น้ำหนัก 3,380 กรัม

วันที่ 15 สิงหาคม 2565 เวลา 04.00 น. เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี เวลา 10.45 น. แรกเริ่ม มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีน้ำเดิน PV cervix dilate 5 cms Effacement 90 %, station -1, Membrane Intact ความดันโลหิต 127/80 mmHg. ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ผล CBC Hct 31.9 %, Hb 10.5 mg%, wbc 11,420/ml ปากมดลูกเปิดหมด เริ่มเบ่งคลอด ทารกคลอดปกติเวลา 11.47 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,700 กรัม APGAR 1 นาที = 10 , 5 นาที = 10 รกคลอด เวลา 11.50 น. ได้รับ syntocinon 10 unit IV push , 5% DN/2 1000 ml + syntocinon 10 unit IV drip, Methergin 1 amp IV เวลา 11.50 น. หลังคลอดรก ความดันโลหิต 125/72 mmHg ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการคลอด 300 ml. 2 ชั่วโมงหลังคลอด มีเลือดออกเปื้อนผ้าอนามัยเล็กน้อย ปริมาณการเสียเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด 50 ml. รับย้ายมารดา มาหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เวลา 14.20 น. แรกเริ่ม มารดาทำทางอ่อนเพลีย on 5% DN/2 1000 ml +

Syntocinon 10 unit IV drip ความดันโลหิต 128/70 mmHg ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส มีแผลตัดฝีเย็บข้างขวา แผลไม่มีเลือดซึม บริเวณแผลไม่บวมแดง มารดามีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากอยู่ในภาวะหลังคลอดบุตรได้ 2-3 ชั่วโมง มีน้ำคาวปลาออกเปื้อนผ้าอนามัย ประมาณ ½ ผืนสีแดง ให้การพยาบาลโดยสังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดและ แผลฝีเย็บ รวมถึงสังเกตการหดตัวของมดลูก แนะนำให้คลึงมดลูกบ่อย ๆ อธิบายมารดาถ้าพบว่ามีปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดจำนวนมาก ร่วมกับมีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที ถ้าจำเป็นต้องไปห้องน้ำต้องมีญาติพาไปทุกครั้ง และ ในช่วงแรกให้นอนพักมาก ๆ หลังให้คำแนะนำมารดาเข้าใจ และจะปฏิบัติตามคำแนะนำพักผ่อนได้ เวลา 14.50 น. บ่นเจ็บแผลบริเวณฝีเย็บข้างขวา pain scale 3 ดูแลให้ Paracetamol (325 mg) 2 tab Oral หลังรับประทานยา 30 นาที ทุเลาอาการปวดแผลตัดฝีเย็บลง pain scale 1-2 จนกระทั่งเวลา 15.20 น. เกิดภาวะช็อค จากการสูญเสียเลือด เนื่องจากไปเข้าห้องน้ำโดยมีญาติพาไป พบว่ามีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย และออกเป็นลิ่มเลือดในห้องน้ำจำนวนมาก ปริมาณเลือดที่ออก 900 ml. มีอาการหน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ให้การพยาบาลโดยเจาะเลือดหาความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 27% วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 108/64 mmHg ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 u iv, Methergine 1 amp iv และให้ Transamin 500 mg + 0.9% NSS 100 ml ทุก 6 ชม. ไม่พบอาการผิดปกติหลังได้รับยา ติดตามวัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60-110/65 mmHg ชีพจร 110-100 ครั้ง/นาที อัตรา

การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 % เวลา 15.50 น. พบว่ามดลูกยังนิ่ม ไม่แข็งตัว ยังมีเลือดออกจากช่องคลอดสีแดงตลอด ปริมาณเลือดออกเพิ่มอีก 500 ml รวมปริมาณเลือดออกทั้งหมด 1,400 ml ความดันโลหิต 86/52 mmHg ชีพจร 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 % ยังมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที รายงานแพทย์ ให้น้ำและอาหาร สวนปัสสาวะคาเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด ฉีด Methergine 1 amp. iv q 15 min จำนวน 2 ครั้ง และติดตามความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 27 % เหลือ 23.4 % ค่า Prothrombin time (PT) = 11.20 sec, Partial thromboplastin time (PTT) = 28.20 sec ดูแลให้เลือดชนิด packed red cells (PRC) 2 unit และส่วนประกอบของเลือดชนิด fresh frozen plasma (FFP) 2 unit สังเกตอาการผิดปกติระหว่างให้เลือด เวลา 16.45 น. ขณะให้เลือด unit ที่ 1 พบว่ามีอาการแพ้ มีผื่นขึ้นนูนแดง คัน ตามตัว และแขนขา ดูแลฉีด CPM 1 amp + Dexathazone 4 mg iv off PRC unit ที่ 1 เปลี่ยนให้ unit ที่ 2 ระหว่างการให้เลือดและหลังการให้เลือด Unit ที่ 2 ไม่พบอาการผิดปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติด ชนิดยาบ้า ก่อนมาโรงพยาบาล 3-4 วัน และสูบบุหรี่วันละ 10 มวน แพทย์ส่งตรวจ Urine Amphetamine ไม่พบสารเสพติด Methamphetamine หลังให้การพยาบาล 30 นาที ยังต้องติดตามสัญญาณชีพ และปริมาณเลือดที่ออก และสังเกตการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง พบว่าความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 % มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย มดลูกหดตัวดี เลือดออกน้อยลง เวลา 18.00 น. ยังมีท่าทางอ่อนเพลียมาก

ไม่สุขสบายเนื่องจากผื่นนูนแดงตามตัว แขนขายังไม่ราบ แต่ทุเลาลง พบว่ามารดาเริ่มมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 123/65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ Paracetamol 2 tab (325 mg) Oral กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ หลังรับประทานยา 30 นาที อุณหภูมิร่างกายลดลงเหลือ 37.5 องศาเซลเซียส มดลูกมีการหดตัวดี น้ำคาวปลาออกสีแดงจาง มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร อธิบายให้คลายความวิตกกังวลถึงสาเหตุที่บุตรต้องแยกไปไว้ที่ห้อง NICU ตักกุมารเวชกรรม เนื่องจากมารดา มีประวัติเสพยาเสพติดชนิดยาบ้า ซึ่งมีผลทำให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่ออาการถอนยาเสพติดในระยะแรกเกิดได้ จึงต้องเฝ้าระวังและประเมินอาการถอนยาอย่างใกล้ชิด เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ถ้าบุตรไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จะนำมาคืนให้มารดาดูแลต่อไป มารดาเข้าใจและคลายความวิตกกังวลลง

สรุปการวินิจฉัย

- การวินิจฉัยแรก G3P2L2 GA.39⁺² wks
- การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย G3P3L3 GA.39⁺² wks. with normal labor with post partum hemorrhage.

การติดตามเยี่ยมมารดาครั้งที่ 1

วันที่ 16 สิงหาคม 2565 เวลา 10.00 น. มารดายังอ่อนเพลียจากการคลอดบุตร และสูญเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด มีใบหน้าซีเหลืองซีด บ่นเวียนศีรษะ มึนงง ใจสั่นเล็กน้อยเวลาลุกนั่ง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น หน้ามืด เป็นลม ความดันโลหิต 110/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับ PRC 1 unit และ PPF 2 unit เมื่อ 15 สิงหาคม 2565 ผลความเข้มข้นของเลือด

= 24.8 % มารดายังมีปัญหาเรื่องซีสต์ ดูแลให้ PRC อีก 2 unit ไม่พบอาการผิดปกติระหว่างและหลังให้เลือด ติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมด 3 ชั่วโมง = 27 % แนะนำให้ Absolute bed rest ยังมีอาการมึนงงเล็กน้อย ไม่มีอาการหน้ามืด เป็นลม มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดงจาง เต้านมคัดเริ่มมีน้ำนมเหลืองไหล แพทย์สั่งให้ถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะออก 30 นาที มารดาสามารถปัสสาวะเองได้ ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และเป็นห่วงหลานที่อยู่ในห้อง NICU ตึกกุมารเวชกรรม อธิบายสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด และสาเหตุที่ต้องแยกหลานไปอยู่ห้อง NICU ตึกกุมารเวชกรรม ให้ญาติเข้าใจ แนะนำ ให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะซีสต์ เช่น ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม หรือเกิดภาวะช็อค ซึ่งต้องรีบแจ้งพยาบาลทันทีที่มีอาการเพื่อจะได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที และกระตุ้นให้หาอาหารที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยรับประทาน

การติดตามเยี่ยมทารก ครั้งที่ 1

วันที่ 16 สิงหาคม 2565 เวลา 14.00 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนักลดลงเหลือ 2,680 กรัม อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ดูคนนมผสมได้ดี ไม่มีอาการสำรอก ขับถ่ายปกติ ไม่มีอาการถอนยา เช่น อาการหนาว งาม หิวแต่ดูดไม่เป็น มีอาการแขนขาสั่นเทาหรือสั่นทั้งตัว ชัก อาเจียน เป็นไข้ กินน้ำและนมได้น้อย ถ่ายเป็นน้ำ และถ่ายบ่อย มีอาการขาดน้ำ และขาดสารอาหาร เป็นต้น

การติดตามเยี่ยมมารดาครั้งที่ 2

วันที่ 17 สิงหาคม 2565 เวลา 9.30 น. มารดายังมีภาวะซีสต์ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีสต์ ติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด ติดตามสัญญาณชีพ และความเข้มข้นของเลือด พบว่า มารดาไม่มีเลือดออก

จากช่องคลอด มีแต่น้ำคาวปลาออกสีแดงจาง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ความเข้มข้นเลือด = 25.1% ดูแลให้ PRC 2 unit นิด CPM 1 amp iv ก่อนให้เลือด ไม่พบอาการผิดปกติระหว่างและหลังให้เลือด ผลความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมด 3 ชั่วโมง = 29 % นอกจากนี้มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจคิดฆ่าตัวตายได้ จากฤทธิ์ของการเสพยาบ้า ซึ่งจะส่งผลต่อตัวมารดาและการเลี้ยงดูบุตรตามมา ดังนั้นจึงส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ผลปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า และไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน จากการพูดคุยกับมารดา บอกต้องการเลิกเสพยาบ้า และเลิกสูบบุหรี่ จึงให้กำลังใจมารดา บอกถ้ามารดามีสุขภาพแข็งแรงและพร้อมที่จะเลิกเสพยาให้มาติดต่อที่งานจิตเวช เพื่อเข้ากระบวนการรักษาการเลิกเสพยาบ้า และบุหรี่ อย่างจริงจัง ซึ่งมารดารับปาก และอธิบายให้มารดาเข้าใจว่าเพื่อป้องกันการได้รับยาบ้าจากมารดาสูบบุหรี่ จึงต้องงดให้นมบุตรอย่างน้อย 1 เดือน และได้ให้ครอบครัวคอยให้กำลังใจในการเลิกเสพยาบ้าและบุหรี่ และช่วยดูแลเลี้ยงบุตรให้ในขณะที่มารดาายังเลิกเสพยาบ้าและเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ เนื่องจากอาจทำให้บุตรได้รับยาทางอ้อม และไม่ปลอดภัย ครอบครัวเข้าใจ พร้อมให้การสนับสนุนในการเลี้ยงดูบุตรแทนมารดา บุตรได้ถูกส่งมาอยู่กับมารดา เมื่อ 17 สิงหาคม 65 เวลา 18.00 น. แข็งแรงดี ดูคนนมผสมได้ดี การขับถ่ายปกติ ตัวตาไม่เหลือง มีน้ำหนักตัว 2,720 กรัม อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส

เตรียมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการดูแลเลี้ยงดูบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนี้

1. แนะนำการรักษาความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ ห้ามอาบน้ำในแม่น้ำลำคลอง หรือลงแช่ในอ่างอาบน้ำ

2. แนะนำการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ ด้านอาหารของหมักดอง ซา กาแฟ ยาตองเหล้า และสารเสพติดต่าง ๆ

3. แนะนำการพักผ่อน มารดาหลังคลอดควรได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ 10-12 ชั่วโมง

4. แนะนำการออกกำลังกายหลังคลอด เพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ กลับสู่สภาพปกติเหมือนเดิม และห้ามยกของหนัก 6-8 สัปดาห์

5. แนะนำอาการผิดปกติของมารดาและทารกหลังคลอดที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น

- น้ำคาวปลา มีสีสีแดงสด แสดงว่ามีสิ่งตกค้างที่โพรงมดลูก

- มีไข้ อาจมีการติดเชื้อในร่างกาย

- ทารกมีอาการซึม ตา ตัวเหลือง

- ทารกมีสะดือแฉะ มีกลิ่นเหม็น

6. แนะนำการมาตรวจหลังคลอดตามนัดทั้งมารดาและทารก

7. แนะนำการได้รับวัคซีนของทารกตามเกณฑ์

8. แนะนำการรับประทานเม็ดบำรุงเลือดตามคำสั่งแพทย์

9. แนะนำการคุมกำเนิดอย่างน้อย 2 ปี เพราะร่างกายยังไม่แข็งแรง ต้องการพักฟื้นร่างกาย

แพทย์อนุญาตให้มารดาและกลับบ้านได้ในวันที่ 18 สิงหาคม 2565 รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 4 วัน นัดติดตามตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ในวันที่ 29 กันยายน 2565 จากการติดตามการตรวจหลังคลอด ความดันโลหิต 110/85 mmHg ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที พบว่าแผลฝีเย็บ

แห้งดี ไม่มีน้ำคาวปลาออกแล้ว ยังไม่เป็นประจำเดือน บุตรสาวแข็งแรง ดูนมผสมได้ดี

บทสรุป

การป้องกันตกเลือดหลังคลอด เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง ในมารดาที่เสพยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า จะชักนำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้มากกว่ามารดาที่ไม่ได้เสพยาบ้า พยาบาลที่ดูแลมารดาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม จึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตั้งแต่หลังคลอดได้ 2 ชั่วโมง ดังนั้นจึงต้องมี ความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ประเมินสภาพมารดาหลังคลอด รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ทันท่วงที เพื่อช่วยให้มารดาได้รับความปลอดภัยจากภาวะช็อก และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ นอกจากนี้การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เช่น การนวดคลึงมดลูกเองอย่างถูกวิธี และสอนให้รู้จักอาการแสดง ที่ผิดปกติที่แสดงถึงการตกเลือดในระยะหลัง จะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาล มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. กรณีศึกษารายนี้มารดามีการใช้สารเสพติด (ยาบ้า) ขณะตั้งครรภ์ เลิกได้ในระยะเวลาสั้น ๆ พบว่า 3-4 วันก่อนมาคลอดยังมีการเสพยา จัดว่ามี

ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดตกเลือดหลังคลอด ต้องอยู่ในความดูแลของสูติแพทย์และทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินการตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งตัวมารดาและบุตร พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่สำคัญ จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ สามารถคาดการณ์ และวางแผนแก้ไขล่วงหน้า ประสานส่งต่อ ในทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม จึงจะสามารถช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก และควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลให้ครอบคลุม ครอบคลุม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

2. กรณีศึกษารายนี้ ยังไม่สามารถเลิกเสพยาบ้า และบุหรี่ได้ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายตามมา ต้องมีการประสานจิตแพทย์ ประเมินภาวะดังกล่าว บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดมากที่สุด ต้องช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาเลิกเสพยาบ้า โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ให้มองเห็นโทษและพิษภัยจากการเสพยาบ้า และบุหรี่ และให้มารดาเห็นคุณค่าในตัวเอง และอนาคตของบุตร การบูรณาการองค์ความรู้ ประสบการณ์ และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแล โดยยึดกรอบแนวคิด กระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการวางแผนให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้มารดาเผชิญกับปัญหาสภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำไปใช้

1. นำไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การ

พยาบาลอย่างครอบคลุม ครอบคลุม แบบองค์รวม เพื่อบรรลุเป้าหมายมารดาและทารกปลอดภัย

2. นำไปกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาล มีการตื่นตัวในการทำงาน มีเป้าหมายการทำงานชัดเจน มีการประสานการทำงานและความร่วมมือของทีมสหสาขา ทำให้การดำเนินงานการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings: NSDUH Series H-41, DHHS Publication No. SMA. 2011: 46-58.
2. Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy on the mother and infant. J Med Assoc Thai. 2005; 88: 1506-13.
3. Thamkhantho M, Obstetric Outcomes of Amphetamine Misapplication duration Pregnancy. J Med Assoc Thai. 2018; 101: 1680-5.
4. Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Impact of prenatal illicit drug exposure on the mother and infant. Chula Med J. 2004; 48: 235-45.
5. Wright, T. E., Schuetter R, Tellei J, Sauvage L. Methamphetamines and pregnancy outcomes. J Addict Med. 2015; 9: 111-7
6. Terplan, M., Smith, E. J., Kozloski, M. J., Pollack, H. A Methamphetamine use among pregnancy women. Obstetrics & Gynecology. 2009; 113(6), 1285-1291.
7. มานัส โพธารณ์. เสพยาขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งแม่และเด็ก. วันที่สืบค้น 25 สิงหาคม 2565. สืบค้นจาก <https://www.thaihelth.or.th/?p=234832>
8. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum

hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2012.

9. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข
พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557.
10. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสิงห์บุรี. สถิติ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ประจำปี 2563-2565.
โรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2563-2565.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและการสวนหลอดเลือดสมอง เพื่อเอาลิ่มเลือดออก: กรณีศึกษา

นนทิวัชร สิริวิวัฒน์วงศ์, พย.บ.

Received: 5 ต.ค.65

Revised: 11 ธ.ค.65

Accepted: 15 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง ที่ทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง การทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกภายในเวลา 6 ชั่วโมง และการทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมใน 48 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายและความพิการได้ บทความนี้เป็นนำเสนอกรณีศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บาดเจ็บที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1 ราย ระยะเวลา 22 วัน จากแบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การโทรเยี่ยมติดตามอาการ

ผลการศึกษา : ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเป็นโรคไขมันในหลอดเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก หลังจากการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและช่วยเหลือตัวเองได้แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 11 วัน

สรุป: จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยา ได้รับยา Thrombolytic และการทำหัตถการ Mechanical Thrombectomy หลังการรักษาผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น เข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัด ทีมแพทย์จึงวางแผนจำหน่ายและนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์ ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 3mm. RTLBE Motor power แขนขวาเกรด 4, ขาขวาเกรด 5, แขนซ้ายเกรด 5 Barthel Index of ADL (activity of daily living) = 75 คะแนน, Modified Rankin scale = 2 คะแนน การศึกษานี้จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและการทำหัตถการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ยาละลายลิ่มเลือด, การสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก, โรคหลอดเลือดสมอง

Nursing Care of Cerebrovascular Accident with Thrombolytic Drug and Mechanical Thrombectomy: A Case Study

Nontiwat Sittivivatwong, B.N.S

Abstract

Introduction: A cerebrovascular disease is a disorder of the nervous and cerebrovascular system which can cause some parts of the whole brain to malfunction leading to disability or death. Therefore, urgent care is needed, by giving thrombolytic drugs within 4.5 hours, giving aspirin within 48 hours, performing the mechanical thrombectomy intervention within 6 hours, and reducing intracranial pressure by the craniotomy operation within 48 hours which can reduce mortality and disability rates. This article presents a case study which aimed to investigate nursing care for ischemic stroke patients who received thrombolytic drugs and underwent a cerebrovascular catheterization to remove blood clots.

Methods: This study investigated a patient admitted to the stroke ward of Rajavithi Hospital for 22 days. Data were obtained from inpatient medical records, interviews with the patient and relatives, and follow-up calls.

Results: The result showed that the patient had a history of dyslipidemia and hypertension as the main causes of stroke. The patient was treated by thrombolytic anticoagulants together with mechanical thrombectomy to remove blood clots. After the patient's was able to help himself, the doctors allowed him to return home. The length of stay in the hospital was 11 days.

Conclusion: According to the study, the patient was treated with medicated with thrombolytic drugs and underwent mechanical thrombectomy. After the treatment, beginning to recover, the patient participated in the rehabilitation program supervised by physiotherapists. A 1-week follow-up was planned, and the patient was allowed to return home. The patient got better: E4V5M6 pupil 3mm, RTLBE Motor power Grade 4 right arm, Grade 5 right leg, Grade 5 left limb, Barthel Index of ADL (activity of daily living) of 75 points, and Modified Rankin Scale of 2 points. The results from the case study would be beneficial as it could be a guideline for the nursing care for stroke patients receiving thrombolytic drugs and undergoing cerebrovascular catheterization to effectively remove blood clots

Keywords: Thrombolytic, Mechanical Thrombectomy, Cerebrovascular Diseases

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke)^{2,3,4} เป็นภาวะที่มีความผิดปกติทาง ระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำหน้าที่ผิดปกติ ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต⁹ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะช่วงแรกอย่างถูกต้องทันที่และมีประสิทธิภาพจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทางและมีทักษะในการประเมิน วินิจฉัยปัญหา ให้การดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติที่สุด ในปัจจุบันมีแนวทางและเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ^{3,4,6,7,8} ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง การทำหัตถการการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก^{2,3,4,6,7,8} ภายในเวลา 6 ชั่วโมง และการทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมใน 48 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายและความพิการได้⁷ จากการรักษาและการพยาบาลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และการทำหัตถการ การสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และการทำหัตถการการสวนหลอดเลือดสมองเพื่อเอาลิ่มเลือดออก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษา โดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1 ราย ระยะเวลา 22 วัน (29 มีนาคม – 19 เมษายน 2565) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติจากการสังเกต

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้ายจบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานครรู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารได้ปกติ

อาการสำคัญ

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการซึมลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลญาติพบขณะผู้ป่วยเดินออกจากห้องน้ำมีอาการซึมลงไม่ลืมตา แขน ขาข้างขวาอ่อนแรง ไม่ทำตามสั่งญาติจึงโทรเรียกรถฉุกเฉินโรงพยาบาลราชวิถี นำส่งโรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในหลอดเลือด เข้ารับการรักษาที่ รพ. รามาธิบดีเป็นระยะเวลา 8 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ธันวาคม 2557 ผู้ป่วยตรวจสุขภาพที่ รพ. รามาธิบดีพบว่ามี DLP, HT และได้ติดตามรับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ. รามาธิบดี

มีประวัติเป็น Old CVD 2 ครั้ง เข้ารับการรักษาที่ รพ.รามาธิบดี ครั้งที่ 1 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ปี 2563

มกราคม 2558 ผู้ป่วยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ญาตินำส่งรพ.รามาธิบดี CT brain: Right corona radiate infraction (อ่อนแรงแขนขาซ้าย Grade 4) การสื่อสารสามารถพูดโต้ตอบได้ชัดเจน ตรงประเด็นดี ไม่มีปากเบี้ยว On ASA (300mg) 1x1 oral pc ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แขนขา 2 ข้าง Grade 5 ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ รวมนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจำนวน 5 วัน

พฤษภาคม 2563 มีแขนขาขวาอ่อนแรงเป็นประมาณ 10 นาที แล้วหายเป็นปกติญาตินำส่งรพ. รามาธิบดีแพทย์ตรวจและวินิจฉัยโรค TIA (Transient Ischemic attack) จึงส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมโดยการส่งทำ CTA brain: Severe stenosis at Left carotid and proximal Left cervical ICA ตรวจ (Transcranial Doppler :TCD) & Carotid Duplex Ultrasounds : CDUSพบ 70% Severe stenosis at Left carotid and proximal Left cervical ICA จึงส่งปรึกษาแพทย์ประสาทศัลยศาสตร์เพื่อพิจารณารักษาทาง Vascular Surgery for Carotid endarterectomy (CEA) or Carotid artery stenting (CAS) ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาโดยการผ่าตัดเลือกการรักษาด้วยยา On Plavix (75mg) 1x1 oral pc และ ASA (81mg) 1x1 oral pc ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แขนขา 2 ข้าง Grade 5 ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ รวมนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรค CVD ครั้งที่ 2 จำนวน 5 วัน

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาของผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจุบันเสียชีวิตด้วยโรคชรา

มารดาผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคชรา (ไม่เคยตรวจสุขภาพ)

พี่ชายของผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary artery disease: CAD) ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว

Physical examination

อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส หายใจ 22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 138 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 184/122 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ชายไทย รูปร่างสมส่วน สีผิวขาวเหลือง ผมตรงสีดำสลับขาว มีการกระจายของตัวของผมสม่ำเสมอ หนังศีรษะสะอาด ระดับความรู้สึกตัวดี GCS=E₄V₇M₆ ทำตามคำสั่งได้ Neuro signs Pupil 3 มิลลิเมตร RTLBE Motor power แขนข้างขวา grade 0, ขาขวา grade 3 ส่วนแขนขาซ้าย grade 5 ตอบสนองต่อการทำให้เจ็บแบบปกติไม่มี Rt. facial และ Global aphasia, NIHSS = 10 คะแนน Barthel Index = 30 คะแนน เดินเองไม่ได้ MODIFIED RANKIN SCALE เท่ากับ 2 คะแนน และผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจากห้องฉุกเฉิน

Head: Hair: color black and white, short hair, no hair loss

Scalp: normal shape, symmetry, no lesion

Face: Rt. Facial palsy, no mass, no lesion, no tenderness at both sinus area

Eye: normal external configuration, eyebrow and eye lash present bilaterally, move symmetry, conjunctiva clear no lesion not pale, sclera white, pupils 3 mm

react to light both eyes, Good visual acuity, visual field normal by confrontation, good eye movements, corners & lens clear

Cardiovascular: No cyanosis no barrel chest no jugular vein engorgement and no abnormal pulsation at jugular vein. Peripheral Pulse full regular rhythm, normal heart sounds (S1, S2), no murmur

Lung: Normal breath sound. Lung clear no crepitation, no rhonchi and wheezing both lung.

Abdomen: Abdomen symmetric bilaterally, no lesions, no spider nevi, no peristalsis and abnormal pulsation, bowel sounds 10/min. Abdomen soft no tenderness no guarding, no mass

Neuro: Alert รู้สึกรู้สิดี ระดับ E₄V_TM₆pupil 3 mm. RTLBE Motor power แขนข้างขวา grade 0, ขาขวา grade 3 ส่วนแขนขาซ้าย grade 5 ตอบสนองต่อการทำให้เจ็บแบบปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete Blood Count: WBC $12.70 \times 10^3/\mu\text{L}$ ซึ่ง มีสูงกว่าปกติ แสดงถึงมีการติดเชื้อในร่างกาย ผลตรวจอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Coagulopathy: Pro thrombin time 12.4 sec PTT 24.1 sec INR 1.08 ผลปกติ

Electrolyte: Potassium 3.11 mEq/L ต้องทำให้เกิดอาการ อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ผลตรวจอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Urine Examination: Red blood cell 50-100 cell/HD, White blood cell 5-10 cell/HD ผลตรวจอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจเฉพาะโรคอื่นๆ

1. การตรวจ Chest X-ray ผล: Normal, Lung Clear (29/3/65)

2. CTA Brain ผล: Acute left MCA territorial infraction (ASPECT 9/10 and CTA ASPECT 7/10) due to occlusion at distal M1 segment of the left MCA with good collaterals Slow flow of left ICA (29/3/65)

3. CT-brain post rt-PA with Thrombectomy 24 hrs. Newly seen 6mm. acute subdural hematoma along the left parieto-occipital convexity, bilateral tentorium cerebelli and posterior falx. (30/3/65)

4. การตรวจ ECG ผล: Atrial fibrillation with History Stroke, non Valvular Plan (29/3/65)

5. Echocardiogram ผล : Good LV systolic contraction EF 66%, no RWMA's. Eccentric LV hypertrophy. LA and LV chamber enlargement. Trivial MR. (7/4/65)

6. TCD ผล: mid stenosis of both MAC, both ACA and Rt. PCA. CDUS ผล : >70% luminal diameter stenosis with large hypoechoic plaque and residual lumen 1.5 mm., 2.25 cm in length since Lt. BIF up to Lt. mid ICA >50% stenosis by luminal diameter with moderate hypoechoic plaque and residual lumen 2.8 mm. minimal plaque at both CCA and both ECA. Moderate hypoechoic plaque at both BIF without causing significant stenosis flow. (7/4/65)

7. MRI & MRA brain ผล : Focal moderate stenosis at left proximal ICA, about 56% stenosis according to NASCET criteria. No change of focal mild stenosis at

the right proximal ICA, about 33% stenosis according to NASCET criteria. (19/4/65)

33% stenosis according to NASCET criteria. (19/4/65)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

มีโอกาสดังกล่าวระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง จากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ส ญ ฎ ฌ ซี พ BP 140/80-160/100 mmHg. Pulse rate 80-90 ครั้ง/นาที R 18-22 ครั้ง/นาที

2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3. รู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง Coma scale E4VTM6 Pupil 3 mm. React to light เท่ากันทั้งสองข้าง

4. Motor power แขนขวาเกรด 2 แขนซ้าย เกรด 5 ขาขวาเกรด 4 ขาซ้ายเกรด 5

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาทินาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา rt-PA if N/S decrease >2 แจ้งแพทย์ทราบ

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง แล ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา rt-PA ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 220/120 มิลลิเมตรปรอท

3. ดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแล ศีรษะ ลำคอ และสะโพก ไม่พับงอมากกว่า

90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก ห้ามจัด ท่านอนคว่ำ หรือนอนศีรษะต่ำ

5. สังเกตอาการของภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน พุง ความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% และความดันชีพจรกว้างขึ้น (Pulse pressure 50-60 mmHg) รูปแบบการหายใจปกติ ลักษณะ Cheyne Stroke, Hyperventilation เป็นต้น

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติบริเวณขาหนีบข้างขวา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วย Good conscious เรียกตื่นลืมตา ทำตามคำบอกซ้ำ ๆ GCS E4VTM6 Pupil 3 mm RTLBE Motor power แขนขวาเกรด 2 ขาขวาเกรด 4 แขนซ้ายเกรด 5 NIHSS 10 คะแนน

2. On Endotracheal tube ไม่เหนื่อย ส ญ ฎ ฌ ซี พ BP 140/80-160/100 mmHg. Pulse rate 80-90 ครั้ง/นาที RR 18-22 ครั้ง/นาที ไม่มีเลือดออกผิดปกติบริเวณขาหนีบและบริเวณอื่น

3. ไม่มีอาการปลายเท้าชา เย็น ชีต ปลายชาคล้ำ คล้ำชีพจรบริเวณหลังเท้าข้างขวาได้ชัดเจนดี

4. ดิ ด ต าม ผล Fibrinogen level 156 mg/dl และ Platelet 202000/uL ปัสสาวะไม่มีสีแดงจาง ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เลือดออกตามไรฟัน จำเลือดตามตัว

อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 นาที จนกว่าจะอาการจะ Stable

2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบห้ามงอขาข้างขวานาน 6 ชั่วโมง เอาหมอนทรายทับบริเวณขาหนีบข้างขวานาน 6 ชั่วโมง

4. สังเกตอาการเลือดออกผิดปกติที่บริเวณขาหนีบข้างขวาทุก 30 นาที ถ้ามีอาการเลือดซึมออกมาให้รีบรายงานแพทย์ทันทีและคลำชีพจรที่หลังเท้าข้างขวาทุก 30 นาที ถ้าคลำชีพจรไม่ได้ให้รีบรายงานแพทย์

5. สังเกตอาการปลายเท้าชา เย็น ชีต ขยับขาขวาไม่ได้ ปลายชาคลำมวงให้รีบรายงานแพทย์ทันที อาจเกิดภาวะการอุดตันที่เส้นเลือดได้

6. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจโล่งดี มีเสมหะเล็กน้อย

2. สัญญาณชีพปกติ BT=36.5-37.5 °C, PR=80-100 ครั้ง/นาที, RR = 18-22 ครั้ง/นาที, BP = 140/80-160/90 mmHg. ออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99-100 % ไม่มีภาวะปลายมือปลายเท้าเขียว ชีต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube ให้คงอยู่ โดยการผูกท่อด้วยเทปผ้าหรือติดพลาสติกไว้ ตลอดจนการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าจำเป็นอาจต้องพิจารณาผูกข้อมือผู้ป่วยไว้

2. ประเมินสภาพการหายใจทุก 4 ชั่วโมง เช่น การฟังเสียงการหายใจ สังเกตการขยายของ

ทรวงอก สังเกตความสามารถในการหายใจเองของผู้ป่วย สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน

3. ดูดเสมหะทุกครั้งที่ได้ยินเสียงเสมหะ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ในการดูดเสมหะจะต้องเพิ่มออกซิเจนก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง

4. สังเกตการทำงานของ ventilator เช่น VT FiO₂ อัตราการหายใจ mode ของ ventilation การใช้ PEEP CPAP หรือ PSV peak inspiration pressure และตั้งสัญญาณเตือน

5. วัดความดันของกระเปาะ (cuff) Endotracheal tube หรือท่อเจาะคอ โดยจะต้องใส่ลมในกระเปาะ (inflate cuff) ในอัตราที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการรั่วของอากาศออกรอบๆกระเปาะ

6. สังเกตภาวะการผันแปรของออกซิเจน และเครื่องช่วยหายใจ เช่น pulse oximetry, ABG

7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอด เพื่อติดตามการบวมของปอด หรือตำแหน่งของท่อหายใจ

8. กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง จัดให้อนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี

9. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังให้การพยาบาล

10. แยกของใช้ เช่น Ambu bag, ขวดน้ำ เครื่องดูดเสมหะ ในผู้ป่วยแต่ละคน

11. ทำความสะอาดปากฟันทุก 4 ชั่วโมง

12. ดูดเสมหะในปากก่อนดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอ

13. สังเกตลักษณะ จำนวน สีและกลิ่นของเสมหะ

14. ติดตามผลการเพาะเชื้อ และการย้อมสีเสมหะ

15. ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm. vein OD, Meropenam 2 gm. vein drip in 3 hr. Stat then 1 gm. vein

drip in 3 hr. q 8 hr., Levofloxacin 750 mg. vein OD และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา

16. สังเกตภาวะแทรกซ้อนของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ฟังเสียงหายใจไม่ได้ยิน หลอดลมเอียงไปด้านข้าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยลืมนวดเองได้ทำตามบอกได้ถูกต้อง ขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ (E4VTM6)

2. V/S BT=36.5-37.5 °C, PR=80-100 ครั้ง/นาที, RR = 18-22 ครั้ง/นาที BP = 140/80-160/90 mmHg. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 99-100 % ไม่มีอาการตาพร่ามัวหรือคลื่นไส้อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอและป้องกันการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2. ดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ ทุก 2 ชั่วโมงหรือเวลาที่มีเสมหะเพราะการดูแลเสมหะบ่อยเกินไปทำให้ออกซิเจนต่ำกว่าปกติ

3. ดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอด้วยความนุ่มนวล เพื่อลดการกระตุ้นหลอดลม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไออย่างแรงเป็นการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะได้

4. วัด BP ทุก 1 ชั่วโมง เพราะเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

5. ประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการ

ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อยพุทไม่ซัด พุดไม่ซัด แขนขาอ่อนแรง เพราะอาการเหล่านี้คืออาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดสมองตีบแตก ไรต์ไต จอตาบวมและมีเลือดออกทำให้ตาบอดได้

6. ดูแลให้ได้รับยา On Nicardipine 1:5 v drip 7-11 ml/hr. (วันที่ 29 มี.ค.2565-30 มี.ค. 2565) Amlodipine 5 mg 1 tab Oral OD pc (2 เม.ย. 2565- 8 เม.ย. 2565) ตามแผนการรักษา เพราะยา Nicardipine, Amlodipine เป็นยาที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง

7. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเปลี่ยนท่าเพราะการเปลี่ยนท่าเร็ว อาจทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงและเกิดอุบัติเหตุได้

8. จัดท่านอนปรับระดับหัวเตียงให้ศีรษะผู้ป่วยสูง 15-30 องศา เพื่อช่วยให้เลือดดำจากศีรษะไหลกลับสู่หัวใจได้ดี ไม่เกิดการคั่งของเลือดในสมอง แต่ไม่ควรเกิน 30 องศา เพราะอาจจะทำให้เลือดแดงไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่ดีเท่าที่ควรเช่นกัน

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในปริมาณที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

10. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5

มีภาวะปอดอักเสบ

การประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ V/S BT=36.5-37.5 °C, PR=80-100 ครั้ง/นาที, RR = 18-22 ครั้ง/นาที BP = 140/80-160/90 mmHg. ออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 99-100 %

2. ผลLab CBC (WBC12,600) (1 เม.ย. 2565)

3. เสมหะน้อยลง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. On NG-tube feeding ตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ขณะ feed อาหาร และหลัง feed อาหาร 15-30 นาที

3. สังเกตอาการสำลักอาหารหลังทำการ Feed ทุกครั้ง

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

5. ให้อาา Antibiotic ตามแผนการรักษา

- Ceftriaxone 2 gm. vein OD

- Meropenam 2 gm. vein drip

in 3 hr. Stat then 1gm. drip in 3 hr. q 8 hr.

- Levofloxacin 750 mg vein OD

6. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic technique

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเมื่อผ่านระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จากภาวะเลือดออกง่าย หยุดยาก

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย

2. ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ตอบคำถามได้ถึงอันตรายและอาการที่ต้องเฝ้าระวังและแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง หากพบอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2 คะแนน motor power ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันที

2. สังเกตจุดเลือดออกตามร่างกายและอวัยวะต่างๆ เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด อาการปวดศีรษะ ชีพจร เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง

3. จัดท่านอนให้นอนราบบนเตียง ติดตามอาการใกล้ขีด ระวังระดับสติปัญญาผิดปกติเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงชักขา

4. ประสานเภสัชกร ในการออกตรวจเยี่ยมที่หอผู้ป่วย ประเมินและให้คำแนะนำในการใช้ยา warfarin แก่ผู้ป่วย และญาติ

5. พยาบาลสอนแนะนำผู้ป่วยและญาติ เน้นย้ำให้ ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการให้ยา และอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น จุดจ้ำเลือด ตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ป้องกันการหกล้ม เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อ แขน-ขา ขวาอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขาขึ้นขาตัวเอง

การประเมินผลการพยาบาล

1. แขนขวา motor power grade 4 ขาขวา motor power grade 5 ส่วนด้านซ้ายแขนขา motor power grade 5 (8 เม.ย.2565)

2. ผู้ป่วยไม่เกิดกล้ามเนื้อลีบ ไม่เกิดข้อติด

3. ผู้ป่วยและญาติสามารถทำ passive exercise ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมิน motor power

2. สอนผู้ป่วยทำ passive exercise โดย

1) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือ ขวายกขึ้นลง ครั้งละ 20 ครั้ง ทำ เข้า-เย็น

2) ให้ผู้ป่วยใช้เท้าข้างซ้ายยกเท้า ขวาชั้น ทำ 20 ครั้ง ทำ เข้า-เย็น

3) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างซ้ายจับมือ ขวาม้วนข้อมือทำ 20 ครั้ง ทำ เข้า-เย็น

3. สอนญาติในการทำ passive exercise โดย

1) ช่วยยกแขนข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลงและงอแขนเข้าออกทำสลับกัน 20 ครั้ง ทำ เข้า-เย็น ทุกวัน

2) ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรงยกขึ้นลงและงอขาเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ

3) พยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ

4) ช่วยกระตุ้นทำกิจกรรมต่าง ๆ

5) ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่อ่อนแรง ป้อนดินน้ำมันหรือบีบลูกโป่งที่ใส่น้ำเพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมือ

4. ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

5. ประเมินการทำ passive exercise ของผู้ป่วยและญาติว่าทำถูกต้องหรือไม่ ร่วมกับการประเมินโดยนักกายภาพบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3

มีภาวะพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น คะแนน barthel Index ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 35 คะแนน

2. เจ้าหน้าที่และญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL Index

2. แนะนำผู้ป่วยและสอนญาติดูแลในด้าน การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหวการ ลุกนั่ง และการเสริมสร้างทักษะและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

3. ดูแลแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วยสอนวิธีการควบคุมการขับถ่ายทั้งถ่ายปัสสาวะและ อุจจาระแนะนำญาติให้ดูแลความสะอาด ความสุขสบายหลังผู้ป่วยขับถ่าย ควรจัดหากระโถนไว้ใกล้ผู้ป่วย

4. ดูแลแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอแนะนำให้จัดหาที่นอนที่นุ่มและจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยนอนในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

5. ดูแลแบบแผนการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ โดยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ ญาติได้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะร่างกายได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการ กลืนอ่อนแรงและ reflex การกลืนลดลง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วย feed BD รับประทานได้ทุกมื้อ ไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน

2. น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัมเท่ากับน้ำหนัก เดิมก่อนที่จะมา นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางได้ ถูกต้อง

4. ผล lab albumin 3.5 g/dl (ปกติ 3.5- 5.2) วันที่ 1 เม.ย. 2565 และ Electrolyte Sodium 139 mmol /L Potassium 3.75 mmol /L วันที่ 1 เม.ย. 2565 อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติการดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน หรือให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันปากเป็นแผลและเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสมตามแนวการรักษา

3. แนะนำและสาธิตญาติในการให้อาหารเหลวและน้ำทางสายยางสู่กระเพาะอาหารอย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษา

4. แนะนำญาติของผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกรับประทานอาหารได้ตามชอบ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษา

5. เพื่อป้องกันการดิ่งสายยางให้อาหาร

การพยาบาลระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

เสี่ยงต่อภาวะ recurrent stroke

การประเมินผลการพยาบาล

1.ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่คลื่นไส้อาเจียน V/S ปกติ BP 140/80 mmHg HR 86 /min (7 เม.ย.2565 เวลา 10.00น.) Motor power แขนขวาเกรด 4 ขาขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 5

2.ญาติและผู้ป่วยรับทราบเข้าใจ ญาติ (บุตรสาว) สามารถบอกการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด recurrent stroke ได้ เช่น ต้องพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ต้องดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่หยุดยาเอง และบอกอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ถ้า GCS ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับรายงานแพทย์ทราบ

2. ตรวจเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบสัญญาณชีพผิดปกติดังนี้ ระดับความดันโลหิต SBP >185-220 mmHg, DBP >120-140 mmHg รายงานแพทย์ทราบ

3. รับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถก่อให้เกิดภาวะโรคเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ

4. รับประทานยาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

5. พักผ่อนอย่างเพียงพอ หาวิธีการผ่อนคลายความเครียดทำสมาธิ หรือสิ่งที่ชอบและเหมาะสมที่สามารถทำได้

6. การออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise อย่างเหมาะสม สม่ำเสมอ

7. แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หากมีปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชักเกร็ง แขนขาอ่อนแรงลงจากเดิม และลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ให้ผู้ดูแลแจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อจะได้รายงานแพทย์และวางแผนรักษาต่อไป

8. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค STROKE และข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับญาติและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค

การประเมินผลการพยาบาล

1. จากการให้คำแนะนำและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วม พบว่าผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง ยิ้มแย้มพูดคุยดี โดยเฉพาะผู้ป่วยเวลาบุตรสาวให้การดูแลจะยิ้ม อารมณ์ดี ไม่ค่อยหงุดหงิด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดี

2. บุตรสาวเริ่มมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เช่น การช่วยผู้ป่วยรับประทาน อาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร

2. ประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง

3. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด และอธิบายการดำเนินไปของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันประเมินหรือคาดการณ์ผลลัพธ์ของการรักษา และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตามทฤษฎีของรอย

4. วางแผนการพยาบาลเพื่อประคับประคองผู้ป่วยอธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

5. ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์

6. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังดนตรีทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ฟังธรรมะเพื่อให้สบายใจ

7. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ

การพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจตามหลัก D-METHOD

Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อน หรือมีตัวข้างใดข้างหนึ่ง

Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนจากยา warfarin (2mg) 1 เม็ด ก่อนนอน วันละ 1 ครั้ง ควรรับประทานหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร หากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือดควรรีบพบ ทันที ยา Miracid (20) 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารซึ่งเป็นยาที่รับประทานเพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหารจากยา warfarin แนะนำบุตรสาวผู้ป่วยให้ย้าเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา ไม่ควรหยุดยาเองถึงแม้อาการจะดีขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

Environment ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นทาวน์เฮ้าส์ 3 ชั้น ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้น 1 ของทาวน์เฮ้าส์ แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้

เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบป้องกันพลัดตกหกล้ม

Treatment ให้ญาติและผู้ป่วยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง

Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแนะนำให้ออกกำลังกายที่ไม่หักโหมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

Out patient ประเมินปัญหาการมาตรวจตามนัด แจ้งวันที่ให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง

Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ประเมินความสามารถในการเข้าถึงอาหาร ผู้ป่วยไปซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารเอง ส่วนมากจะประกอบอาหารรับประทานเอง แนะนำการปรุงอาหารไม่ควรปรุงอาหารรสเค็มจัด หลีกเลี่ยงการปรุงโดยใช้ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว น้ำมันหอย ผงชูรส เครื่องปรุงรสต่าง ๆ แนะนำการประกอบอาหารโดยการต้ม นึ่ง ตุ่น ย่าง แทนการทอดโดยใช้น้ำมัน

2. วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

3. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ขณะแนะนำผู้ป่วยพักหน้ารับทราบและบอกว่า "จะกินยาตามที่หมอสั่ง" ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและการดูแลไม่มีปัญหาการมาตรวจ

ตามนัด พร้อมกับมีเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อต้องการซักถามหรือคำแนะนำ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานหรือมีระดับไขมันในเลือดสูงโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากปฏิบัติตัวโดยวิธีลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความพิการของร่างกายมากขึ้นและป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักรักษาสุขภาพอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านอีกทั้งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลอย่างครบวงจรจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

จากการศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 76 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย มีโรคประจำตัว HT, DLP มา 9 ปี Old CVD 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ปี 2563 รักษาตัวที่โรงพยาบาลรามธิบดี มีประวัติตีตมสุราวันละ 3-4 ขวด/สัปดาห์ สูบบุหรี่ 5-10 มวน/วัน นานกว่า 20 ปี ปัจจุบันเลิกบุหรี่และสุราประมาณ 4 ปี มาด้วยอาการซึมลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง 3 ชั่วโมงก่อนมา รพ. แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่ไม่ทำตามบอก GCS E₃V₇M₅ รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง มีอาการแขนขาอ่อนแรงเกรด 0, ขาขวาเกรด 3, แขนขาซ้ายเกรด 5 On Endotracheal tube No.8 ลึก 21 เซนติเมตรต่อ Ventilator P-CMV Mode วัดสัญญาณชีพแกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 182/120 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว = 100% ประเมิน NIHSS = 10/42 คะแนนได้รับการรักษาด้วยยา

ได้รับยา Thrombolytic และการทำหัตถการ Mechanical Thrombectomy ฉะนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้จะต้องมีความยุ่งยากซับซ้อนเพื่อให้การดูแลการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม จึงแบ่งการดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ^{3,4}

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถหายใจได้เองรับประทานอาหารได้เอง และพร้อมเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูของนักกายภาพบำบัด^{1,5} แพทย์จึงวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นจะต้อง ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว จัดหาผู้ดูแลหลัก สอนผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการดูแลสภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประสานเวชศาสตร์ฟื้นฟูสอนโปรแกรมการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับบ้าน แพทย์พิจารณาจำหน่ายและนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์ อาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบตรงคำถาม E4V5M6 pupil 3mm. RTLBE Motor power แขนขวาเกรด 4, ขาขวาเกรด 5, แขนซ้ายเกรด 5 Barthel Index of ADL (activity of daily living) = 75 คะแนน, Modified Rankin scale = 2 คะแนน รวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 11 วัน

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันในกรณีศึกษาเกิดจากการไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารโดยเฉพาะประวัติการตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาซึ่งความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมองผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ ประวัติการดื่มสุรา ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูงจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า

ระดับไขมัน LDL ที่สูงกว่าปกติ ไขมันสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือดทำให้เกิดขบวนการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองจากประวัติการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี Atrial fibrillation หรือภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วทำให้ Emboli จากหัวใจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมารพ.ด้วยอาการซึมลงแขนขาข้างขวาอ่อนแรง 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการเป็นทันทีทันใดและมีความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ซึ่งทำให้นึกถึงสาเหตุจากระบบหลอดเลือดสมอง จึงสรุปได้ว่าสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยรายนี้เกิดจากกลไกของ Cardiac embolism การรักษาในปัจจุบัน American Heart Association/American Stroke Association Guideline for The Early Management of Patient with Acute Ischemic stroke 2019¹⁰ แนะนำให้ใช้ยา rt-PA 0.9 mg/Kg/dose ในผู้ป่วย Acute Ischemic stroke ที่เริ่มมีอาการภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา และได้รับการรักษาด้วยยา Recombinant tissue-type plasminogen activator (rt-PA)^{9,11} ยาจะไปสลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด (Embolic stroke)⁴ ยาในกลุ่ม Anticoagulant เช่น warfarin สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้โดยควบคุมระดับ INR ให้อยู่ระหว่าง 2-3 และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงการบริการอย่างเท่าเทียม

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อกลับบ้าน

4. การศึกษากรณีศึกษาเพียง 1 ราย ไม่สามารถอนุมานได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผลดีกับผู้ป่วยทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจริย. (2557). การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : แอล.ที.เพรส..
2. เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2555). โรคหลอดเลือดสมอง Cerebrovascular diseases (พิมพ์ครั้งที่ 2).
3. ดวงพร คงเปี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Nursing care of the ischemic stroke patients with thrombolysis. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 2 (ฉบับที่ 2), หน้า 51-53.
4. นิจศรี ชาญณรงค์(สุวรรณเวลา). (บรรณาธิการ). (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. พรพิมล มาศสกุลพรรณ. (บรรณาธิการ).(2559). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุงครั้งที่3. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563).คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต) สำหรับประชาชน.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ.
7. สุธาสินี มั่นจิราวัฒน์. (บรรณาธิการ). (2558). แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Best practice in stroke Management. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส
8. อรุมา ชูติเนตร และนิจศรี ชาญณรงค์. (2554). Thrombolytic therapy and thrombectomy ในศิษยา รัตนารและคณะ (บรรณาธิการ) Current

practical guide to stroke management.

กรุงเทพ ฯ: สมาคมโรคเลือดสมองไทย

9. World Health Organization. (2004). Definition of stroke. Retrieved fromสืบค้นเมื่อ 2เมษายน 2565 จาก <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/>
10. American Heart Association American Stroke Association. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018
11. Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals, Volume 50 (Issue 12). doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027708

การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา

สายชล ชินชัยพงษ์, พย.บ.*

Received: 30 ส.ค.65

Revised: 21 ธ.ค.65

Accepted: 27 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด จัดเป็นภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ สำหรับภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด โดยเฉพาะในรายที่มีอายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ ถือว่าเป็นภาวะที่ซับซ้อนและเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการคลอดทารกก่อนกำหนด และการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ นำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้ จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ การยืดอายุครรภ์และป้องกันการอักเสบติดเชื้อ โดยการรักษาแบบประคับประคอง มุ่งหวังให้ทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์มากที่สุด แต่เมื่อมีภาวะการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ แพทย์จำเป็นต้องพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด เพื่อลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์

วิธีการศึกษา: ศึกษาการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว ร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุกิจกรรมการพยาบาลและ ประเมินผล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: พบว่าผู้คลอดมีภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ชนิด Bicornuate เมื่อทารกมีการเจริญเติบโต จึงชักนำให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกตามมา นำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ คลอดทารกก่อนกำหนด ปัญหาที่พบระยะหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในโพรงมดลูก วิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรที่ต้องแยกจากมารดาและการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา หลังได้รับการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้คลอดสามารถกลับมามีร่างกายแข็งแรงและปรับบทบาทมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดให้นมมารดาได้แม้จะต้องแยกจากทารกที่รักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยผู้คลอดได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล 14 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ส่วนบุตรหลังจาก off ventilator สามารถหายใจเองได้ และดูแลนมมารดาได้ดี แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน รวมอยู่รักษาตัวที่โรงพยาบาล 32 วัน

บทสรุป: การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนกำหนด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการค้นหาปัญหา ความเสี่ยง ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะรอคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีในการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยง ช่วยให้การวางแผนการรักษามีความรวดเร็ว ทันเวลา มีประสิทธิภาพ ช่วยให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย ครอบครัวมีความมั่นใจ บรรลุเป้าหมายลูกอยู่รอดแม่ปลอดภัย และช่วยให้การพัฒนาศูนย์การพยาบาลมีความยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด, ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว, การอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารก, และการคลอดก่อนกำหนด ผ่าตัดคลอด

Nursing care for congenital uterine anomalies woman with preterm premature rupture of membrane included Chorioamnionitis which receiving Caesarean section: A Case study

Saichol Chinchaipong, B.N.S.*

Abstract

Introduction: Congenital uterine anomalies are classified as high-risk conditions in pregnancy, which increase the risk of preterm pregnancy and fetal growth restriction. Preterm premature rupture of membrane, especially in those with a pregnancy of < 37 weeks, is a complex condition and serious problem that can probably result in chorioamnionitis and sepsis into the uterine cavity. Therefore, the aim of the treatment is to extend gestational age by providing supportive treatment to keep maintaining a healthy pregnancy to ensure fetal maturation. However, chorioamnionitis can negatively affect the pregnancy and preterm labor. A doctor may consider termination of the pregnancy by caesarean section in order to reduce complications in the mother and the fetus.

Methods: A case study of a pregnant woman with a congenital uterine anomaly with preterm premature rupture of membrane in conjunction with chorioamnionitis who underwent Caesarean section and was admitted to Saraburi Hospital. Data were collected through interviews, observations, and medical records. Then, data were analyzed using nursing process which included nursing diagnoses, nursing implementation, and evaluation.

Results: The results revealed the pregnant woman had a congenital uterine anomaly (Bicornuate type). While the fetus was continuously growing, the mother suffered from preterm premature rupture of membrane and chorioamnionitis, leading to the termination of pregnancy or preterm labor. The problems after post caesarean section included postpartum hemorrhage, infection in the uterine cavity, surgical pain, urinary tract infection and anxiety on child's condition. After receiving effective treatment and nursing care, the mother became healthier. She was hospitalized for 14 days and later allowed to go home. Meanwhile, the infant was taken off the ventilator since it could breathe and breastfeed on its own. The infant was hospitalized for 20 days before permitted to go home.

Conclusions: To provide nursing care for pregnant women with congenital uterine anomalies with preterm premature rupture of membrane in conjunction with chorioamnionitis who undergo Caesarean section, nurses play an important role in finding problems and risks at the antenatal phase, the attending phase, the labor phase, and the postpartum phase. Nurses must have knowledge and skills of using instruments and refined technology to assess maternal and fetal health status which could predict risks, and help to plan treatment quickly, timely, and effectively. Mothers and babies would be safe and the family would have confidence in the nursing care process leading to the sustainable development of nursing care.

Keywords: Congenital uterine anomalies, Preterm premature rupture of membrane, Chorioamnionitis, Preterm pregnancy, Caesarean section

*Maternity Nurse, Saraburi Hospital

บทนำ

ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital uterine anomalies) ชนิด Bicornuate จัดเป็นภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ เนื่องจากความผิดปกติทำให้พื้นที่ในมดลูกมีจำกัด พบได้ร้อยละ 5.5 ของเพศหญิง¹ ทารกในครรภ์ที่กำลังพัฒนาจึงอาจมีพื้นที่ไม่เพียงพอที่จะเติบโต ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบได้ถึงร้อยละ 21 – 23 และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal growth restriction)² ต้องเฝ้าระวังติดตามสัญญาณของการคลอดก่อนกำหนด หรือความเสี่ยงอื่น ๆ ที่จะเกิดแก่มารดาและทารก

ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Preterm Premature rupture of Membrane) หมายถึง ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ถึงก่อน 37 สัปดาห์³ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่ซับซ้อนและเป็นปัญหาสำคัญของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ (Chorioamnionitis) โดยภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด พบในช่วงอายุครรภ์ครบกำหนดประมาณ 10% และก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดประมาณ 3% ของการคลอดบุตรทั้งหมด⁴

จุดมุ่งหมายของการรักษาภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คือ การยืดอายุครรภ์ รักษาแบบประคับประคอง (Expectant Management) เพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ ช่วยให้ทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์ใกล้เคียงกับกำหนดมากที่สุด แต่เมื่อมีภาวะ Chorioamnionitis ส่งผลกระทบต่อการดำเนินครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด การตกเลือดหลังคลอด จากมดลูกไม่แข็งตัว รวมถึงเพิ่มอัตราการติดเชื้อหลังคลอดได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอด ไม่ว่าจะแผลผ่าตัดติดเชื้อหรือติดเชื้อภายในมดลูกหลังคลอด หรือเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ หากได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม สำหรับทารก

ภาวะ Chorioamnionitis สามารถส่งผลกระทบต่อทารกได้มากขึ้น 2 ถึง 3.5 เท่าของภาวะปกติ⁵ และการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบได้หลายประการ เช่น น้ำหนักตัวน้อย เติบโตช้าในครรภ์ เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะปอดอักเสบ และมีภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในช่องสมอง รวมถึงส่งผลกระทบต่อในระยะยาวต่อทารกได้ เช่น ภาวะโรคปอดเรื้อรังในทารกคลอดก่อนกำหนด นำไปสู่อัตราการเสียชีวิต (Mortality) และภาวะทุพพลภาพ (Morbidity) จำเป็นต้องให้การอภิบาลรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ต้องใช้เทคโนโลยีทันสมัย ค่าใช้จ่ายสูง³

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี 3 ปี ย้อนหลัง ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) มีจำนวนผู้มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด จำนวน 673, 139 และ 209 ราย ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.34, 2.88 และ 0.85 ตามลำดับ มีการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10.09, 10.25 และ 11.36 ตามลำดับ และมีอัตราตายปริกำเนิด คิดเป็น 3.38, 3.55 และ 3.88:1000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ⁶ ซึ่งพบว่าแนวโน้มของภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด การอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ และการคลอดทารกก่อนกำหนด รวมถึงอัตราตายปริกำเนิด ของโรงพยาบาลสระบุรีไม่ลดลง ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง จึงได้ศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ในการดูแลผู้คลอดที่

มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง สามารถประเมินภาวะสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ คาดการณ์การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายปริกำเนิด ลดค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและของครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเป็นแนวทางการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด

กรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 33 ปี 11 เดือน สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับราชการ (พยาบาล) บุคคลในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคติดต่อ และโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา อายุครรภ์ 30⁺4 สัปดาห์ (by USG) วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) 1 ธันวาคม 2564 คาดคะเนกำหนดคลอด วันที่ 7 กันยายน 2565 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 7 ครั้ง ตรวจ USG เมื่ออายุครรภ์ 13⁺2 สัปดาห์ พบ Double uterus ระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ ผลการตรวจเลือดปกติ HBsAg negative, VDRL non-reactive, Anti-HIV negative, Blood group A Rh. positive, Hematocrit 34% ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ 3 เข็ม

วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 เวลา 14.00 น. ผู้คลอดมาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ประวัติมีน้ำเดินลักษณะใสปนเลือดจางออกทางช่องคลอด เปื้อนผ้าอนามัย 1/3 ผืน ก่อนมาโรงพยาบาล 1.30 ชม ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ทารกในครรภ์ดิ้นดี อายุครรภ์ 30⁺4 สัปดาห์ แพทย์รับไว้รักษาตัวในห้องคลอด โรงพยาบาลสระบุรี

การพยาบาลระยะรอคลอด

วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 เวลา 15.25 น. รับใหม่ที่ห้องคลอดญาตินำส่ง รู้สึกตัวดี ประเมินระดับยอมนดลูก 2/4 > ๑ สัมพันธ์กับอายุครรภ์ ไม่เจ็บครรภ์ มีน้ำใสปนเลือดจางออกเปื้อนผ้าอนามัย 1/3 ผืน ทารกดิ้นดี คลำทารกได้ส่วนหน้า ท่าศีรษะ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 154 ครั้ง/นาที ท้า ROL ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/78 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจภายในด้วยสเปคูลัมปราศจากเชื้อ พบน้ำใสจากปากมดลูก ทดสอบความเป็นกรด-ด่าง ด้วย Nitrazine Paper ได้สีกรมท่า , ให้ ไอบี เ่ง กดยอมนดลูก ไม่พบมีน้ำไหลออกจากช่องคลอดเพิ่ม (Cough test), ลักษณะปากมดลูกนุ่ม ยังไม่เปิด ตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ พบปกติ เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, VDRL, Anti-HIV, UA ดูแลให้ 5% D/N/2 1000 ml iv 100 ml/hr ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารระหว่างมือตามแผนการรักษา ผู้คลอดและทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประเมินภาวน้ำเดินและเฝ้าระวังการติดเชื้อทั้งมารดาและทารก ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Ampicillin 2 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง และ Azithromycin (250 mg) 2 tab oral stat ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา สังเกต สี กลิ่น ของน้ำคร่ำที่ไหลออกจากช่องคลอด บันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็น ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ และติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่อง Elective fetal monitor (EFM) ทุก 4 ชั่วโมง รายงานกุมารแพทย์เพื่อเตรียมพร้อมหากต้องคลอดก่อนกำหนด สูติแพทย์และมารดา ร่วมวางแผนการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อยืดอายุครรภ์ (Expectant

Management) เป้าหมายคลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อให้ยากระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ ได้แก่ Dexamethasone 6 mg ทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง มี Mild Uterine contraction interval >10 นาที Duration 30 วินาที แพทย์ให้ยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Adalat 1 tab O q 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง เมื่อรับประทานยาครบ 4 ครั้ง เวลา 19.20 น. การหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้น Interval 3 นาที, Duration 50 วินาที แพทย์ให้ Adalat และให้ Bricanyl 5 amp ใน 5 % D/W 500 ml iv 30 ml/hr ก่อนให้ยาประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่พบข้อห้ามในการให้ยา ดูแลให้นอนพักบนเตียง อธิบายเหตุผลที่ต้องจำกัดกิจกรรม ให้คำแนะนำการรักษาความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ ป้องกันการติดเชื้อ ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ประเมินและติดตามการหดตัวของมดลูกทุก 30-60 นาที เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินหลังจากได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก ระยะแรกผู้คลอดมีใจสันอัตราเต้นของหัวใจ 112-120 ครั้ง/นาที จากนั้นค่อย ๆ ลดลง อาการใจสัน อัตราเต้นของหัวใจ 100-108 ครั้ง/นาที ปรับเพิ่มขนาดยาเป็น 40 ml/hr อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98-100/54-66 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีหายใจเหนื่อย และไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน เวลา 23.00 น. มดลูกเริ่มมีการหดตัวห่างขึ้น Interval 10 นาที, Duration 20 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148-155 ครั้ง/นาที ทารกตื่นดี ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ผู้คลอดและญาติ วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตราย ที่อาจเกิดต่อทารกและตัวผู้คลอดเอง ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว

ความเสี่ยงจากการติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารก และการคลอดทารกก่อนกำหนด แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งแผนการคลอด แนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างรับการรักษา ผู้คลอดและญาติรับฟังดี เข้าใจจากการซักถามมีวิตกกังวลน้อยลง

วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 น้ำเดินมีก้อนเลือดเล็กปนออกมา 2 ก้อน ไม่เจ็บครรภ์ ทารกตื่นดี NST: reactive, ติดตามการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่อง EFM พบว่ามดลูกมีการหดตัวดี Interval 15 นาที Duration 30 วินาที แพทย์ให้ Bricanyl 40 ml/hr มารดามีใจสันเล็กน้อย ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144-156 ครั้ง/นาที ให้งดน้ำงดอาหารระหว่างมือ ผล Electrolyte พบว่ามีภาวะโพแทสเซียมต่ำ 3.17 mmol/L ซึ่งมีผลกระตุ้นทำให้กล้ามเนื้อหดตัวอย่างเฉียบพลันเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด รายงานแพทย์ให้ EKCL 30 ml ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ประเมินหลังได้รับยา ไม่มีการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก 146-155 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.0-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 112-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100-110/58-66 มิลลิเมตรปรอท ทูเลอาการใจสันยังมีน้ำคร่ำไหลสีใสปนเลือดจางติดผ้าอนามัย ไม่มีกลิ่น

วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ยังเฝ้าระวังเรื่องการติดเชื้อของผู้คลอดและทารก เนื่องจากมีน้ำคร่ำไหลออกจากปากมดลูกเกิน 48 ชั่วโมง และเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ Bricanyl 5 amp + 5 % D/W 500 ml iv 30 ml/hr และดูแลให้ได้รับ Dexamethasone ครบ 48 ชั่วโมง ดูแลให้ Amoxycillin 500 mg 1 tab O tid pc และ Azithromycin 1 tab O OD ต่อจนครบ 7 วัน ติดตามผล โพแทสเซียม พบค่าโพแทสเซียมปกติ ไม่มีการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก 146-155 ครั้ง/นาที

อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 112-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100-110/58-66 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลระยะคลอด

วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ผู้คลอดมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วเป็นระยะเวลามากกว่า 72 ชั่วโมง สามารถประทับประครองการตั้งครรภ์จนให้ยากระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกได้ครบ เริ่มมีอาการแสดงการติดเชื้อในร่างกาย เวลา 10.00 น. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารก 160 ครั้ง/นาที ดูแลให้น้ำและอาหารเตรียมพร้อมหากต้องผ่าตัดฉุกเฉิน รายงานแพทย์ ให้หยุดการให้ Bricanyl วางแผนปล่อยคลอด ดูแลประเมินการหดตัวของมดลูก ประเมินลักษณะน้ำคร่ำ ติดตามสัญญาณชีพ และอัตราการเต้นของหัวใจทารก ส่งตรวจและติดตามผล CBC. Wbc.15,700 cell/mm³ Neutrophils 82 %, ผล Electrolyte ปกติ, ผล ATK ปกติ มดลูกมีการหดตัว Interval 10 นาที Duration 20 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150-160 ครั้ง/นาที ให้ Ampicillin 2 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 14.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารก 160 ครั้ง/นาที และน้ำคร่ำมีเนื้อเยื่อขนาด 0.3 มิลลิเมตร จำนวน 2 ชิ้น รายงานแพทย์วางแผนยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด อธิบายให้ผู้คลอดสามีและมารดาของผู้คลอดรับทราบ และทำความเข้าใจ เรื่องพยาธิสภาพการอักเสบติดเชื้อ ความเสี่ยงของมารดาและทารก และความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดคลอด หลังคลอดทารกต้องแยกไปหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เนื่องจากอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ มีโอกาส

เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ผู้คลอดและครอบครัวเข้าใจยอมรับการผ่าตัด Set OR for C/S due to Chorioamnionitis Emergency ดูแลเตรียมร่างกาย ให้ NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ 120 ml/hr, Retained foley's catheter เตรียมเลือด PRC 1 Unit, และดูแลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ซักถามระบายความรู้สึกให้ข้อมูลเพิ่มในสิ่งที่ผู้คลอดและครอบครัวต้องการให้กำลังใจพร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ผู้คลอดมีความเข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษาเป็นอย่างดี ประสานทีมที่เกี่ยวข้องในการเตรียมผ่าตัดคลอด และดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ กุมารแพทย์เตรียมพร้อมการดูแลรักษาทารกในห้องผ่าตัดทันทีที่คลอด พยาบาลห้องคลอดเตรียมรับทารกในห้องผ่าตัดพร้อมอุปกรณ์การช่วยชีวิตทารก พยาบาลทีมห้องผ่าตัด พยาบาลทีมหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเตรียม Incubator พร้อมรับทารกหลังคลอดไปดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลทีมหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดเตรียมพร้อมรับผู้คลอดไปดูแลต่อหลังผ่าตัดคลอด เวลา 15.00 น.ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนไป อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารก 138 ครั้ง/นาที ดูแลให้ Gentamycin 240 mg และ Metronidazole 500 mg ทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด

การผ่าตัดที่ได้รับ Cesarean section ทารกคลอดเวลา 15.43 น. เพศชาย น้ำหนัก 1,620 กรัม APGAR score 8-9-10 หายใจเร็ว มีภาวะ Birth Asphyxia หลังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ทารกมีอาการเขียวปลายมือปลายเท้า ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 81-84% นำส่งหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ปริมาณการเสียเลือดของผู้คลอดในระหว่างการผ่าตัด

500 มิลลิเมตร สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ชีพจร 98-112 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116-148/80-100 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 %

การพยาบาลระยะหลังคลอด

หลังผ่าตัด ส่งต่อผู้คลอดดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ประเมินอาการ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ หายใจสม่ำเสมอ ท่าทางอ่อนเพลีย มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ได้รับ 5%D/N/2 1,000 ml add Syntocinon 20 unit iv. drip 120 cc/hr, มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 2FB แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครั้งผืน ไม่มีก้อนเลือด ปวดแผลผ่าตัดประเมินระดับความปวด 5 คะแนน ได้รับ Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุกเวลา อาการปวด ตรวจหวั่นมและเต้านมทั้งสองข้างปกติ ยังไม่มีน้ำนมเหลือง (Colostrum) ไหล ดูแลให้ Ampicillin 2 gm iv q 6 hr และ Gentamycin 240 mg iv OD ต่อเนื่อง ผู้คลอดและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารกที่ต้องแยกไปรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ให้ข้อมูลอาการของทารกเป็นระยะและแนะนำขั้นตอนปฏิบัติการเย็บมดลูกให้ผู้คลอดและครอบครัวรับทราบ

สรุปการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแรกได้รับ G₁P₀ GA.30^{4/7}wks. with Double uterus with Premature Rupture of Membranes
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย GA.31 wks. with Bicornuate uterus pregnancy at left side cornua with Prolong Premature Rupture of Membranes with Chorioamnionitis with Caesarean section

การผ่าตัด

Caesarean section (5 กรกฎาคม 2565)

การติดตามเย็บหลังผ่าตัดคลอด ครั้งที่ 1

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 9.00 น. (หลังผ่าตัดคลอดวันที่2) ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ เสี่ยงต่อการตกเลือด ประเมินการเสียเลือด การหดตัวของมดลูก ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ แผลผ่าตัดคลอดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงจาง ปวดแผลระดับ 4 คะแนน ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้องและที่โพรงมดลูกดูแลให้ได้รับ Ampicillin 2 gm iv q 6 hr และ Gentamycin 240 mg iv OD ตามแผนการรักษา ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด น้ำคาวปลาปกติเปลี่ยนผ้าอนามัย 2 ครั้ง อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/68-130/80 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 99-100% น้ามนยังไม่ไหล อธิบายและแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และการเปลี่ยนผ้าอนามัย สังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารสังเกตอาการท้องอืดหลังรับประทานอาหาร พบว่ารับประทานอาหารได้หนึ่งในสาม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องไม่อืด ฟังเสียง bowel sound ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/72 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะเองได้ ประเมินปัญหาความต้องการ ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่แยกรักษาตัว เสี่ยงต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกบกพร่องเนื่องจากภาวะแยกจาก แนะนำการไปเย็บมดลูก ละส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา โดยให้บีบเก็บน้ำนมไปให้บุตร ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดรับทราบ เพื่อให้

คำแนะนำและช่วยเหลือผู้คลอดในการบีบเก็บ
น้ำนมและนำส่งน้ำนมให้บุตรที่ถูกต้อง

การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดคลอด ครั้งที่ 2

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 10.00น.
ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 2 ยัง
อ่อนเพลียญาติพุงเดินเข้าห้องน้ำได้ น้ำนมไม่ไหล
เต้านมเริ่มคัดตึง มดลูกหดตัวดี เปิดแผลผ่าตัด
หน้าท้องไม่มีเลือดซึมปิดไว้ด้วย Fixumull
น้ำควาปาสีปกติไม่มีกลิ่นเหม็น เวลา 02.00 น.
ผู้คลอดเริ่มมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส
ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 129/78 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดมี
ภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผล CBC 15,000
cell/mm³, Neutrophils 86 % ผล UA พบ WBC
5-10 cell/HPF, Bacteria few แพทย์พิจารณาให้
Tazocin 4.5 gm iv q 8 hr เวลา 6.00 น. ปวดแผล
ผ่าตัด และมดลูกเป็นพัก ๆ pain score 2-3 ได้รับ
ยา Paracetamol 1 tab O ทุกเวลาปวด และติดตาม
H/C 2 specimen สอบถามถึงการไปเยี่ยมบุตรที่
ห้อง NICU ผู้คลอดบอกจะไปเยี่ยมบุตรช่วงบ่าย
ผู้คลอดยังมีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อพูดถึงบุตร เริ่มบีบ
น้ำนมให้บุตรแต่ยังออกน้อย กระตุ้นให้บีบบ่อย ๆ

การติดตามเยี่ยมทารก ครั้งที่ 1

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 11.00 น.
ติดตามเยี่ยมทารก Preterm GA.31 wks. and
appropriate for gestational age. ทารกหลัง
คลอดวันที่ 3 มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก
ชั่วขณะในทารกแรกเกิด(Transient tachypnea
of the newborn: TTNB) ร่วมกับภาวะการหายใจ
ล้มเหลว (Respiratory failure) และภาวะน้ำตาล
ในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) แพทย์ให้การรักษา
โดย on ventilator ให้ Ampicillin 165 mg iv q
12 hrs และ Gentamycin 7 mg iv q 36 hr.

การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3

วันที่ 10 กรกฎาคม 2565 เวลา 10.00น.
ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่
5 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น บีบน้ำนมไว้ให้นมบุตรได้
ถูกต้องมากขึ้น ไข้เริ่มลด อุณหภูมิร่างกาย 36.5-
37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 86-92 ครั้ง/นาที อัตรา
การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-
130/74 มิลลิเมตรปรอท ผล H/C 2 specimen
No grown แพทย์เยี่ยมอาการ Plan จำหน่ายเมื่อ
ได้รับ Tazocin 4.5 g iv q 8 hr ครบ 7 วัน ในวันที่
12 กรกฎาคม 2565 ได้แนะนำการวางแผนการ
คุมกำเนิด แนะนำการฝังยาคุมซึ่งป้องกัน
การตั้งครรภ์ได้ 2 ปี ประเมินความรู้การปฏิบัติตัว
เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการ
ประเมินความรู้การปฏิบัติตัว ยังพร่องความรู้ในการ
ดูแลตนเองและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้อธิบาย
แนะนำเพิ่มเติมผู้คลอดมีความมั่นใจในการดูแล
ตนเองและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น

การติดตามเยี่ยมทารก ครั้งที่ 2

ทารกหลังคลอด 8 วัน หลัง off ventilator
ได้ 2 วัน ให้การบำบัดด้วยเครื่องออกซิเจนแบบผสม
อากาศอัตราการไหลสูง (Heated humidified high
flow nasal cannula: HHHFNC) ทารกมีภาวะตัว
เหลือง (Neonatal jaundice) แพทย์ให้การรักษาด้วย
การส่องไฟ ชนิด single phototherapy

การติดตามเยี่ยมทารก ครั้งที่ 3

วันที่ 22 ก.ค.65 เยี่ยมทารก Day of life
18 ทารกหายใจเองได้ดี เตรียมความพร้อมจำหน่าย
ผู้คลอดมาเยี่ยมและบีบเก็บน้ำนมมาให้ ทุกวัน
ดูนมได้ไม่สารถอก ไม่มีเหนื่อหอบ

แพทย์อนุญาตให้ผู้คลอดกลับบ้านได้ใน
วันที่ 15 กรกฎาคม 2565 ตัดไหมแล้วแผลดีดี
ไม่มีไข้ มีเต้านมคัดตึงเล็กน้อย สามารถบีบเก็บ
น้ำนมให้บุตรได้ถูกต้อง สามีมารับกลับบ้าน

จำหน่ายเวลา 16.00 น. รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 14 วัน นัดติดตามตรวจหลังคลอด วันที่ 29 สิงหาคม 2565 จากการติดตามผลการตรวจหลังคลอด แผลฝีเย็บแห้งดี น้ำคาวปลาปกติ ความดันโลหิต 130/85 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และสามารถให้นมบุตรได้ถูกต้อง

แพทย์อนุญาตให้มารดารับทารกกลับบ้าน วันที่ 24 กรกฎาคม 2565 เวลา 14.00 น. ทารกหายใจเองได้ดี เริ่มให้ดุนนมมารดาได้ 2 วัน ดูดได้ไม่สำลัก ไม่มีเหนื่อยหอบ รวมอยู่โรงพยาบาล 20 วัน

บทสรุป

ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ชักนำให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและการอักเสบติดเชื้อ ของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ยังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติศาสตร์ ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก ทำให้คลอดทารกก่อนกำหนด นำไปสู่อัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพ จำเป็นต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีส่วนสำคัญในการค้นหา ปัญหาความเสี่ยงทุกระยะของการตั้งครรภ์ เริ่มตั้งแต่ ระยะเวลาครรภ์ ซึ่งถ้าสามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงได้เร็ว จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วได้ และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด สามารถประเมินการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วจะลดอันตราย และภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี ในการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้การวางแผนการรักษามีความรวดเร็ว ทันเวลา มีทักษะการสื่อสาร การเสริมสร้างพลังอำนาจ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้วางแผนการดูแลอย่างเป็นขั้นตอน บูรณาการองค์ความรู้ ประสบการณ์การพยาบาลให้เกิดความชำนาญ มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้มารดา

และทารกมีความปลอดภัย ครอบครัวมีความมั่นใจ บรรลุเป้าหมาย ลูกอยู่รอดแม่ปลอดภัย และช่วยให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. กรณีศึกษารายนี้ผู้คลอดมีภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ตรวจพบด้วย Ultrasound ขณะตั้งครรภ์ 13 สัปดาห์ เป็นชนิด Bicornuate จัดว่าเป็นครรภ์เสี่ยงสูงต้องอยู่ในความดูแลของสูติแพทย์จากความผิดปกติของมดลูก เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด หรือ Fetal growth restriction ผู้คลอด ANC ตามนัด ทุกครั้งไม่พบสิ่งผิดปกติ จนอายุครรภ์ 30⁺4 สัปดาห์ ทารกในครรภ์เติบโตมากขึ้นชักนำให้มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์ และเกิดการอักเสบติดเชื้อเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งถึงแม้ผู้ป่วยรายนี้จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ก็ยังหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ยาก ต้องนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน 14 วัน มีโอกาสเกิดวิกฤติความเสี่ยงได้ทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่แรกเริ่ม รอคคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่สำคัญ จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ สามารถคาดการณ์และวางแผนแก้ไขล่วงหน้า ประสานส่งต่อในทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม จึงจะสามารถช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก และลดการเกิดภาวะทุพพลภาพของทารกได้ ช่วยให้บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของมารดาและทารก จึงควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลให้ครอบคลุม ครอบคลุม ครบองค์รวม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

2. กรณีศึกษารายนี้ สภาวะเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล บทบาทของพยาบาลใน

ฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดมากที่สุด ต้องช่วยให้ผู้คลอดสามารถค้นหา ความต้องการของตนเอง มีความมั่นใจ ในศักยภาพของตนเอง มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจนโดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดไวรัส ที่จำกัดการเยี่ยม การรักษา ระยะห่าง และความเข้มงวดในการใช้อุปกรณ์ ป้องกันการบูรณาการองค์ความรู้ ประสบการณ์ และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแล โดยยึดกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ในการวางแผนให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้คลอดมีการปรับตัวเผชิญกับปัญหาภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำไปใช้

1. นำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีถุงน้ำคร่ำรั่ว ร่วมกับการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ และคลอดก่อนกำหนด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ครบมิติ แบบองค์รวม เพื่อบรรลุเป้าหมายมารดาและทารกปลอดภัย

2. นำไปกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการตื่นตัวในการทำงาน มีเป้าหมายการทำงานชัดเจน มีการประสานการทำงานและความร่วมมือของทีสหสาขา ทำให้ การดำเนินงานการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, & Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2011;17(6):761-71.
2. Venetis CA, Papadopoulos SP, Campo R, Gordts S, Tarlatzis BC, Grimbizis GF. Clinical Implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies. *Reprod Biomed Online*. 2014;29(6):665-83.
3. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2556-2558 และ คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะ เจ็บครรภ์คลอด และถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. 2558;1-29.
4. เทวินทร์ เดชเทพพร. ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด อีกหนึ่งภาวะครรภ์เสี่ยงที่คุณควรรู้. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2565. สืบค้นจาก <https://www.bccgroup-thailand.com>
5. Venkatesh KK, Jackson W, Hughes BL, Laughon MM, Thorp JM, & Stamilio DM. Association of chorioamnionitis and its duration with neonatal morbidity and mortality. *J Perinatol*. 2019;39(5):673-82.
6. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสระบุรี ประจำปี 2563-2565. โรงพยาบาลสระบุรี. 2563-2565.

ประกาศ วารสาร Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม 2565 ขอแก้ไขคำผิดดังนี้

- วารสาร Singburi Hospital Journal ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน 2565
หน้าที่ 1 บทความเรื่อง อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอตาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ขอแก้ไขวันที่รับบทความ จากเดิม “Received: 17 มี.ค.65” แก้ไขเป็น “Received: 3 พ.ย.64”, วันที่แก้ไขบทความ จากเดิม “Revised: 12 เม.ย.65” แก้ไขเป็น “Revised: 15 ธ.ค.64” และวันที่ยอมรับบทความ จากเดิม “Accepted: 17 เม.ย.65” แก้ไขเป็น “Accepted: 1 ก.พ.65”
- วารสาร Singburi Hospital Journal ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565
หน้าที่ 79 แก้ไขชื่อเรื่อง จากเดิม “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก” แก้ไขเป็น “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี”

กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี
เลขที่ 917/3 ถนนขุนสรรค์ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
โทร 036 – 511060 ต่อ 5205