



วารสารวิชาการ บรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

The Journal of Thai National Public Health Assembly

คำชี้แจง : กำหนดการออกอย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง หรือรายสี่เดือน : มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน-ธันวาคม พิมพ์เผยแพร่ด้านวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข ที่ได้ผ่านการตรวจพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ปรึกษา:

ผศ.ดร. สมศักดิ์ พิทักษ์ษานูรัตน์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร. สงครามชัย ลีทองดี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นายสมโชค พูลสุข ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ :

ดร.สมศักดิ์ ศรีภักดี โทร: 09-716-974-99 E-mail: s.sripugdee@gmail.com

บรรณาธิการผู้ช่วย : ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ระดับภาค เขตและจังหวัด
: นายชนกร จีระออน

กองบรรณาธิการ :

รศ.ดร.อดิศักดิ์ สิงห์สีโว	ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์	นพ.เอกชัย ยอดขาว
ดร.นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี	ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา
ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์	ดร.ศิริชัย รินทะราช	ดร.กมลพร แพทย์ชีพ
ดร.บรรพชาญ์ ปรงโพธิ์	ดร.อิสรา ตุงกระโทก	ดร.คมกริช ฤทธิบุรี
ผศ.ดร.ชัยรัช จันทร์สมุด	ดร.มโน มณีฉาย	

บรรณาธิการจัดการ: นายสมโชค พูลสุข

ผู้ประสานงาน : ดร.คมกริช ฤทธิบุรี ดร.มโน มณีฉาย

การเงินและบัญชี : นายชนกร จีระออน

สำนักงาน : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ชั้น 4 ตึกสำนักงานงานสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 ปีที่ 10 ของบรรณาธิการ โดยประธาน

สมโชค พูลสุข ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ซึ่งดำรง

ตำแหน่งประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ในวาระปี 2564-2565

ในส่วนของบรรณาธิการก็ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ต่ออีกวาระ ซึ่งต้อง ขอ

ขอบ คุณประธานชมรม ที่ให้ความเชื่อมั่นในทีมงาน เราจะก้าวต่อไป สู่มิติไทยแลนด์ 4.0 กับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ครอบคลุมของกระทรวงสาธารณสุข กับบทบาทหน้าที่ที่จะต้องร่วมมือกันขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในทุกมิติ ตามบริบท ตามบทบาทของแต่ละท่าน ซึ่งงานสาธารณสุขในช่วงนี้ถือว่าหนักสำหรับเรากระทรวงสาธารณสุข ในทุกวิชาชีพ เราก้าวข้าม ปัญหาที่รุนแรง กับปัญหาโคโรนาไวรัส COVID-19 ถึงแม้ว่าในช่วงปลายปี จะเริ่มกลับมาระบาดอีกครั้ง ซึ่งเราต้องร่วมมือร่วมใจในทุกภาคส่วน ถึงจะเหนื่อย จะท้อในบางครั้ง เราก็จะสู้ต่อไป การรับมือคุ้มกันด้วยวัคซีน เป็นอีกทางที่จะทำให้ผ่านพ้นวิกฤติไปได้ ซึ่งสถานการณ์ตอนนี้เริ่มผ่อนคลาย สู้ๆ ครับ

ใน ส่วนของการจัดทำวารสารของชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ทางทีมงานได้จัดทำเพื่อเผยแพร่ไปทั่วประเทศ ในทีมงานยินดีให้คำปรึกษาการทำวิจัย ปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ขาด ในบางครั้งทางกองบรรณาธิการอาจต้องให้ท่านแก้ไขในบางประเด็น ที่เห็นว่ายังไม่ถูกต้องหรือสอดคล้องกับงานวิจัยที่ท่านส่งมา ก็ขอให้ผู้วิจัยเข้าใจในการที่กองบรรณาธิการให้ปรับปรุงแก้ไข

สุดท้าย ทางกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณทุกท่านอีกครั้ง ที่ให้ความสนใจกับวารสารของชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ถ้าหากมีโอกาส หวังว่าคงได้รับใช้พี่น้องชาวสาธารณสุขแห่งประเทศไทย อีกครั้ง

ดร.สมศักดิ์ ศรีภักดี
บรรณาธิการ

2565

สารบัญ

	หน้า
1 กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเลือดคั่งในสมอง	5
Case study: Care nursing in the emergency condition receiving anesthesia for cerebral hemorrhage surgery	
2 การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรอรับยาที่บ้านในช่วงสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	15
A study of patient satisfaction with waiting to receive medicines at home during the epidemic situation of the 2019 novel coronavirus	
3 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ	23
Development of a mental health operation model under the COVID-19 crisis, Ban Khwao hospital, Chaiyaphum province	
4 ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ ในผู้ที่เข้ารับการบำบัด โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ	32
Effects of perceiving self-efficacy in relapse prevention after treatment among substance abusers, Ban Khwao hospital, Chaiyaphum province	
5 ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน ตำบลหนองปล่อง อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์	39
Effect of health promotion behaviors program of village health volunteers (VHV) overweight and obese subjects at Nhougphong sub-district, Chamni district, Buriram province	
6 การพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ	46
Development of information systems to support emergency response case of the coronavirus 2019 disease Outbreak in Phu Khieo district Chaiyaphum province	
7 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคด ที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง: กรณีศึกษา	51
Nursing care of sigmoid colon cancer patients who received laparoscopic surgery: Case study	
8 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงิน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	64
The potentiality development of personnel responsible for finance of the sub district health promoting hospital	
9 การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ: กระบวนการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการเชื่อมโยงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	74
Development of a district health strategic plan: process related factors and linking the plan to improve the quality of life at the district level and the sub-district health security fund	
10 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	83
Factors affecting to health promotion behaviors among village health volunteers, Hua Hin district, Prachuapkhiri Khun province.	

สารบัญ

หน้า

<p>11 รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>Core competency promotion model for village health volunteers (VHVs) 4.0 in Soeng Sang district, Nakhon Ratchasima province</p>	91
<p>12 การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียม ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ของประชาชนในจังหวัดนครพนม</p> <p>A survey of sodium intake and factors related to 24-hour urinary sodium content of people in Nakhon Phanom province</p>	90
<p>13 นวัตกรรมระบบการขนส่งสินค้าบริเวณ Safety Zone ด้านสะพานมิตรภาพ ไทย-เมียนมาร์ แห่งที่ 2 ช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก</p> <p>Innovative transportation system in safety zone of the cargo transportation system during Covid-19 outbreak at the 2nd Thai-Myanmar friendship bridge checkpoint, Maesot district, Tak province.</p>	98
<p>14 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรัง: กรณีศึกษา</p> <p>Nursing care for diabetes mellitus type 2 with chronic kidney disease: case study</p>	105
<p>15 ประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา-2019 ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก</p> <p>Effectiveness of prevention and control of coronavirus disease-2019 in Mae Sot district, Tak province</p>	114
<p>16 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีโรคร่วม</p> <p>Nursing care hemorrhagic stroke with comorbidity</p>	127
<p>17 การพยาบาลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ช็อกและได้รับการ การตัดมดลูก</p> <p>Nursing mothers who give birth vaginally have postpartum hemorrhage, shock and undergo hysterectomy</p>	140
<p>18 การพยาบาลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ช็อกและได้รับการ การตัดมดลูก</p> <p>Nursing mothers who give birth vaginally have postpartum hemorrhage, shock and undergo hysterectomy</p>	147
<p>19 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับ แรงสนับสนุน ทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์</p> <p>The effects of the program of applying the protection motivation theory and social support to promote the behavior of driving motorcycles in Napho subdistrict municipality, Napho district, Buriram province</p>	155

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเลือดคั่งในสมอง

Case study: Care nursing in the emergency condition receiving anesthesia for cerebral hemorrhage surgery

ทิวรัตน์ เส็กภูเขียว*
Thiwarat Serkphukhew*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดภาวะเลือดคั่งในสมอง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในบทบาทของวิสัญญีพยาบาลต้องให้การพยาบาลเพื่อควบคุมภาวะต่างๆ ในทุกระยะของการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ภายใต้สถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา-19 กรณีศึกษา ชายไทยอายุ 80 ปี อาการสำคัญ มีอาการง่วงซึม ไม่พูด 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เคยผ่าตัดเลือดคั่งในสมองจากอุบัติเหตุรถล้ม เมื่อ 3 เดือนก่อน หลังผ่าตัดใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ตรวจร่างกายพบ E3VIM6 ผล CT scan พบ Chronic Subdural Hematoma with pneumocephalus ศัลยแพทย์ให้เตรียมผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ก่อนการระงับความรู้สึก ประเมิน ASA status = 3E จากการมีประวัติเลือดคั่งในสมอง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และสูงอายุ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะก่อนการระงับความรู้สึก คือ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง ระยะให้การระงับความรู้สึก 1) เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ขณะใส่ท่อหายใจ 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะนำสลบและใส่ท่อหายใจ 3) เสี่ยงต่อภาวะสมองบวมและเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและฟื้นตัวจากยาสลบช้า 2) มีภาวะไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดและคาท่อหายใจ

หลังให้การพยาบาลในระยะก่อนการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นขณะรอผ่าตัด สามารถเข้ารับการระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย ในระยะการระงับความรู้สึก ทีมวิสัญญีสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส โคโรนา-19 ได้อย่างถูกต้อง และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะนำสลบ ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยฟื้นตัวดีไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ให้ความร่วมมือในการรักษา

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ, เลือดคั่งในสมอง, ในภาวะการแพร่ระบาด ไวรัสโคโรนา -19.

Abstract

This study were aims to investigate care nursing getting the anesthesia for cerebral hemorrhage operation from preoperative, intraoperative, and postoperative periods. As a nurse anesthetist, it must be the care nursing to control various conditions in every period of the anesthesia so that the patient will be safe, reduce complications

which cause the disability or the death under the situation of Coronavirus-19 spread. The case study was an 80-year-old Thai man. His main symptoms were drowsy and silent for two hours before coming to the hospital. The history of the present illness was that he used to be operated cerebral hemorrhage from falling accident three months ago. After the operation, he could spend life normally and without quadriplegia. The medical checkup found E3V1M6. The result of CT scan was chronic subdural hematoma with pneumocephalus. The surgeon told to prepare for the emergency surgery. Before the anesthesia, it was evaluated ASA status = 3E from the history of cerebral hemorrhage, increased intracranial pressure, and being old age. The nursing diagnosis of the pre-anesthesia phase was increased intracranial pressure because there was blood in the brain tissue. For the anesthesia period 1) it was risky to spread Coronavirus-19 while intubation 2) it was dangerous to have complications during the anesthesia and the intubation 3) it risked occurring cerebral edema; besides, the brain tissue would be destroyed more After the post-anesthesia phase 1) it was unsafe to have the hypoxia; moreover, it would recover from the anesthesia slowly 2) it would not be well-being from the surgical wound pain and still stuck in the intubation.

After the care nursing during the pre-anesthesia period, the patient had no increased intracranial pressure while waiting for the surgery. He could obtain the anesthesia safely. During the anesthesia time, the anesthetist team was able to operate together with ways of the prevention of Coronavirus-19 outbreak accurately; furthermore, the patient had no complications in the anesthesia phase. In the post-anesthesia time, the patient was well awake, did not have hypoxia, and cooperate with the treatment.

Keywords: Elderly care nursing, Cerebral hemorrhage operation, Under the spread of Covid-19 virus.

พป.* B.N.S.**Anesthetic nurse Chaiyaphum hospital

บทนำ

ภาวะสมองขาดเลือดจากการมีก้อนเลือดคั่งในสมองเป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อลดอัตราการตาย การขาดเลือดของเนื้อสมองทำให้เกิดความพิการ ลดปัญหาทางเศรษฐกิจในแง่ของการลดงบประมาณการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการจากการขาดเลือดของเนื้อสมอง ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมของทีมงานผ่าตัดและการระงับความรู้สึก โดยการรักษาผู้ป่วยสมองขาดเลือดมีหลักสำคัญ ได้แก่ การช่วยชีวิต

ทันที การผ่าตัดนำก้อนเลือดออก การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ การคงระดับแรงดันเลือดไปเลี้ยงสมองการเฝ้าระวังหลายๆด้านและการคงระดับทางสรีรวิทยาของสมองให้ปกติมากที่สุด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด ของวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล มีบทบาทสำคัญทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยสมองขาดเลือดดีขึ้นโดยเฝ้าระวังรักษาปัจจัยที่ทำให้สมองขาดเลือดมากขึ้นจากการผ่าตัด การระงับความรู้สึก เช่น ความดันเลือดต่ำจากการเสียเลือดขณะผ่าตัดหรือผลจากยาสงบ ภาวะขาด

ออกซิเจนในเลือด เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันและรักษาได้^(4,13,14,15)

เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ไวรัส โควิด-19 ที่ยังคงระบาดต่อเนื่องมาตั้งแต่ปลายปี 2562จนถึงปัจจุบัน สามารถแพร่กระจายได้ง่าย ผ่านละอองลอยจากทางเดินหายใจและการสัมผัสสิ่งต่างๆที่มีเชื้อไวรัสปนเปื้อนอยู่ โรงพยาบาลชัยภูมิมีการตรวจคัดกรองด้วยวิธี RT-PCR (reverse-transcriptase polymerase chain reaction)^(6,16) จากสารคัดหลั่งในเยื่อโพรงจมูกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทุกรายซึ่งการตรวจใช้เวลาออกผลอย่างน้อย 5 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากการมีเลือดคั่งในสมองจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร่งด่วนเพื่อไม่ให้มีการบาดเจ็บของเนื้อสมองเพิ่มขึ้นจากการกดทับของก้อนเลือด จึงไม่รอผลการตรวจ ซึ่งทางทีมวิสัญญีและผ่าตัดจึงต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด-19 อย่างเคร่งครัดกับผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบผลเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร

ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาล สนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดสมองบาดเจ็บและแนวปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัส โควิด-19 กรณีผ่าตัดฉุกเฉิน ไม่รอผลการตรวจคัดกรอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดสมองบาดเจ็บ
2. เพื่อศึกษาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัส โควิด-19ในผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ชายไทยอายุ 80 ปี อาการสำคัญ มีอาการง่วงซึมลง ไม่พูด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เคยผ่าตัดเลือดคั่งในสมองจากอุบัติเหตุหกล้มเมื่อ 3 เดือนก่อน หลังผ่าตัดใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

ผลการตรวจร่างกาย ลักษณะทั่วไปชายไทย วัชรา รูปร่างสันทนต์ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร มีรอยแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะแผลแห้งดี ไม่มีบวมแดง แรกเริ่มมีอาการง่วงซึม เรียกสิ่งมา ไม่พูด ไม่ตอบคำถาม ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีชักเกร็ง ปัสสาวะ อุจจาระปกติ สัญญาณชีพ BP 132/56mmHg, PR 73/min, RR 18/min, SpO₂ 100 % การตรวจระบบประสาท E3V1M6 pupil ตาขวา Ø 3 mm, RTL, ตาซ้าย Ø 2 mm, RTL motor function แขนขาต้านซ้าย+3, แขนขาต้านขวา+3

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนผ่าตัด (3 มกราคม 2565) ผล CT scan พบ Chronic Subdural Hematoma with Pneumocephalus , ผล ABG พบ Hct 29%, DTX=101 mg% ผล EKG ปกติ, ผลเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ผล Electrolyte, Liver function test, Renal function, Coagulogram ก่อนผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การวินิจฉัยก่อนและหลังผ่าตัด Right

Chronic Subdural Hematoma

การผ่าตัด Right Burr hole with irrigation

เวลา 20.39น.-21.15 น. (3 มกราคม 2565)

การให้ยาระงับความรู้สึก General anesthesia

เวลา 20.25น.-21.35 น (3 มกราคม 2565)

ASA (American Society of Anesthesiologist)⁽¹⁸⁾ 3E

เนื่องจากมีประวัติผ่าตัด Burr hole จาก Subdural hemorrhage เมื่อ 3 เดือนก่อน, IICP, Extreme age

NPO time 12.00 น. (3 มกราคม 2565)

การรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด (3 มกราคม 2565) งดอาหารและน้ำ ให้ NSS 1000 ml iv 60 ml /hr, Losec 40 mg iv OD จอจPRC 4 unit, FFP 4 unit, Platelet concentrates 10 unit

การวางแผนการพยาบาล

1. ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่พูด GCS ลดลง แรกกรับ E3V1M6 pupil ตาขวา Ø 3 mm. RTL ตาซ้าย Ø 2 mm. RTL motor function แขนขา ด้านซ้าย+3 แขนขาด้านขวา+3 ผล CT scan พบ Chronic Subdural Hematoma with Pneumocephalus

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล GCS ไม่ลดลง ≥ 2 คะแนน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.5-37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจ 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต SBP 120-140 mmHg ขนาดรูม่านตาเท่ากัน ตอบสนองต่อแสงปกติ ไม่ปวดศีรษะเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการเกร็ง ชัก กระตุก

กิจกรรมการพยาบาล จัดนอนศีรษะสูง เล็กน้อยและจัดศีรษะให้อยู่ในแนวตรง ไม่พับงอหรือบิด หลีกเลี่ยงการงอสะโพกมากกว่า 90 องศา V/S,N/S ทุก5-10นาที รักษาระดับ SBP120-140 mmHg วัดอุณหภูมิกาย 36.5-37 องศาเซลเซียส ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกเงินตามการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการที่แสดงว่าความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ให้อาหารตามแพทย์สั่ง เช่น ปวดศีรษะรุนแรงเพิ่มขึ้น อาเจียนพุ่ง อ่อนแรง กระสับกระส่าย ความดันโลหิตสูงขึ้น ลูกตาไม่ตอบสนองต่อแสง

หายใจตื้น ชักและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง GCS ≥ 2 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดป้องกันการตกเตียงเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีอาการทางระบบประสาท ให้มีญาติเฝ้าใกล้ชิดขณะรอผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ ในการให้ยาระงับความรู้สึก ให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การผ่าตัดและแผนการรักษาพยาบาล

ประเมินผล ไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นขณะรอผ่าตัด สามารถเข้ารับการระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย

สรุป ปัญหาได้รับการแก้ไข โดยการผ่าตัด และการดูแลเฝ้าระวัง ควบคุมสัญญาณชีพ ขณะได้ยาระงับความรู้สึก

ระยะให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ขณะใส่ท่อหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีเลือดคั่งในสมอง ต้องการ การผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อลดความพิการอาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดแพร่ระบาดของเชื้อโรคไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ และสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วยผลตรวจ RT-PCR ต้องรอผลอย่างน้อย 6 ชั่วโมงทำให้ต้องเริ่มผ่าตัดก่อนผลออก การใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้อาการระงับความรู้สึก ทำให้เกิดการกระจายของฝอยละอองขนาดเล็ก

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากรทางการแพทย์และสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การประเมินผล เจ้าหน้าที่ทีมวิสัญญีทราบบทบาทหน้าที่และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา-19ได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล เตรียมห้องผ่าตัดแยก โดยห้องติดเชื้อ ไม่ปะปนกับผู้ป่วยทั่วไปบรรยายสรุป

ทีมย่อยและทีมใหญ่ก่อนการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเคร่งครัดทุกกระบวนการ ติดป้ายประกาศห้ามผู้ไม่เกี่ยวข้องผ่านเข้าออกห้องผ่าตัดโดยเด็ดขาด และจำกัดจำนวนบุคลากรสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้ถูกต้องตามแนวทางที่ฝึกอบรม ซึ่งมีดังนี้ ชุดเสื้อกาวน์กันน้ำหรือชุดคลุมทั่วตัว หน้ากาก N95 แว่นตา Face shield หมวกกันน้ำ ถุงมือ 2 คู่ ถุงเท้าสวมถึงเข่าและรองเท้านบูท กำหนดให้มีพยาบาลประสานงานอยู่ภายนอกเพื่อให้เกิดเตรียมและใช้ อุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างพอเพียงให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยในระยะรอผ่าตัด แบ่งทีมวิสัญญีพยาบาล 2 คน มีหน้าที่ ดังนี้ คนที่ 1 เป็นผู้ที่จะสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทำหน้าที่ ติดอุปกรณ์เฝ้าระวังผู้ป่วย อุปกรณ์ช่วยหายใจ หรือใส่ท่อหายใจ ให้ยา สารน้ำต่างๆ วางอุปกรณ์ต่างๆ บนโต๊ะที่กำหนดไว้ที่สัมผัสผู้ป่วยแล้ว ดูแล และนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย คนที่ 2 จะไม่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ให้การดูแลและสนับสนุน คนที่ 1 โดยทำหน้าที่ เตรียมยา อุปกรณ์สำหรับการระงับความรู้สึก บันทึกข้อมูลการระงับความรู้สึก บริหารจัดการเครื่องดมยา อุปกรณ์เฝ้าระวังและให้ยาอื่นๆ เตรียมยา ส่งยา ของใช้ อุปกรณ์ต่างๆ เข้าไปวางบนโต๊ะวางของสำหรับใช้กับผู้ป่วย ใช้เทคนิคการใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (Rapid Sequence Intubation) การดูดเสมหะใช้เทคนิค Close suction เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หลังเสร็จการผ่าตัด ทิ้งพลาสติกคลุมเครื่องและอุปกรณ์ดมยาใส่ในถังขยะติดเชื้อ ทำความสะอาด เช็ดครก ดมยา เครื่องเฝ้าระวัง รถยา ด้วยผ้าชุบน้ำยาฆ่าเชื้อ (Disinfectant wipes)

ประเมินผล ทีมวิสัญญี ปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง

สรุป ทีมวิสัญญีได้ปฏิบัติตามแนวทางถูกต้องทุกกระบวนการ การติดตามผลตรวจคัดกรองหลังผ่าตัด ไม่พบเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2 เลี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อนในระยะนำสลบและใส่ท่อหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีเลือดคั่งในสมอง ได้รับการวางแผนการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อผ่าตัด Burr hole การใส่ท่อหายใจขณะที่ยาสลบตื่นทำให้เกิดการไอ Laryngospasm, bronchospasm, chest wall spasm ส่งผลให้มีความดันเลือดสูง ซึ่งจะเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะและผู้ป่วยสูงอายุมีพื้นหลอและโยกทำให้การใส่ท่อหายใจยากขึ้น

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะนำสลบ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีการสูดสำลักอาหารและน้ำย่อยเข้าปอดขณะการนำสลบ

กิจกรรมการพยาบาล ระบุตัวคนผู้ป่วยโดยทวนสอบชื่อ นามสกุลที่ป้ายข้อมือ เวชระเบียนและญาติผู้ป่วยซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยซึม ไม่ค่อยพูดและตอบคำถาม แนะนำญาติถอดฟันปลอม และลงนามในใบยินยอมรับการผ่าตัด ทวนสอบประวัติ โรคประจำตัว การงดน้ำงดอาหาร และลงในข้อมูลในแบบบันทึกก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกประเมินทางเดินหายใจเตรียมและตรวจสอบความพร้อมใช้ อุปกรณ์ใส่ท่อหายใจ ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบทุกขั้นตอน ตามแนวทางการตรวจสอบเครื่องให้ยาสลบประจำเครื่อง ติดตั้งอุปกรณ์เฝ้าระวังด้วยความนุ่มนวลและพิถีพิถันลิ้นผู้ป่วย เตรียมยาระงับความรู้สึก และยาช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐานการให้ยา 6 R ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ หลังใส่ตรวจสอบตำแหน่งให้ถูกต้องโดยฟังเสียงปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง และดู Waveform จากเครื่อง Capnography ยึดท่อหายใจป้องกันการเลื่อนหลุด ปิดตาสองข้างด้วยแผ่นฟิล์มใสกันน้ำเพื่อป้องกันตราชาย

ของลูกตา ขณะทำหัตถการ ยึดข้อต่อสายสายคม
ยาสลบทุกจุด ป้องกันการเลื่อนหลุดและจัดวางสายคม
ยาเป็นระเบียบ ป้องกันการดึงรั้ง เมื่อมีการยกศีรษะ
ให้ทำไปพร้อมๆกันกับทีมผ่าตัด ตรวจสอบตำแหน่ง
ท่อหายใจทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนทำผู้ป่วย เฝ้ารอวัง
สัญญาณชีพและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการให้ยา
ระงับความรู้สึก และสารน้ำเข้า ออก เพื่อให้ได้สารน้ำ
เพียง ป้องกันการได้รับสารน้ำเกิน

ประเมินผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะ
นำสลบ

สรุป ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้ารอวัง ปัญหา
ไม่เกิดขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะสมอง
บวมและเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน ผล CT scan พบ Chronic
Subdural Hematoma with Pneumocephalus ผู้ป่วยซึม
ลง GCS แรกรับ E3V1M6 pupil ตาขวา Ø 3 mm, RTL
ตาซ้าย Ø 2 mm, RTL motor function แขนขวา
ด้านซ้าย+3 แขนขวาด้านขวา+3รับการผ่าตัด Burr hole
ได้รับการระงับความรู้สึก General anesthesia แบบ
Balance technique

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมอง
บวม

เกณฑ์การประเมินผล ระหว่างให้การระงับ
ความรู้สึกสามารถควบคุมสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์
ปกติ สามารถควบคุมปัจจัยที่จะทำให้เกิดภาวะสมอง
บวมและเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล ดูแลจัดทำผู้ป่วย
สำหรับการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์โดยไม่ให้การก้ม
หน้าเกิน 90 องศา ไม่บิดศีรษะและคอ เพื่อให้ระบบไหล
เลือดดำจากสมองระบายได้ดี และศัลยแพทย์ผ่าตัดได้
ง่าย ตรวจวัดระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก

ระยะ เพื่อการบริหารยาสลบที่พอเหมาะให้สมอง
หย่อนเพียงพอ เป็นการรักษาภาวะความดันกะโหลก
ศีรษะสูงขณะผ่าตัด สังเกตจำนวนเลือดที่ออกระหว่าง
ผ่าตัด ตรวจวัดค่า Hct ประเมินภาวะซีด ให้ความ
อบอุ่นร่างกายผู้ป่วยโดยใช้ผ้าห่มชนิดเป่าลมอุ่นและ
วัดอุณหภูมิกายตลอดการผ่าตัด ควบคุมไม่ให้สูง
มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มเมตาบอลิ
ซึมและการใช้ออกซิเจนของสมองได้ ดูแลให้เลือด
ตามการรักษา โดยก่อนให้ตรวจสอบความถูกต้อง มี
การทวนสอบ 2 คน ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้
อยู่ในช่วง 80-180mg% เพื่อป้องกันไม่ให้สมอง
ขาดเลือดเพิ่มขึ้น สังเกตและฟังเสียงลมเข้าปอดที่
ผิดปกติจากเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีการพับของ
สายคมยาสลบ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความดันในช่องอกผล
ต่อการระบายเลือดดำจากสมอง บันทึกข้อมูลการให้ยา
ระงับความรู้สึก การให้เลือดและสารน้ำ

ประเมินผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและการ
ขาดเลือดของสมองเพิ่มขึ้น สามารถถอดท่อหายใจได้
หลังผ่าตัด 1 วันหลังผ่าตัดระดับความรู้สึกตัวดี การ
ตรวจทางระบบประสาทและสัญญาณชีพปกติ

สรุป ปัญหาไม่เกิดขึ้น สามารถควบคุม
ภาวะไม่พึงประสงค์ได้

ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการภาวะ
พร่องออกซิเจนและฟื้นตัวจากยาสลบช้า

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย อายุ 80 ปีมีอาการซึม
ก่อนผ่าตัด GCS ลดลงกว่าปกติ มีภาวะพร่องน้ำ พร่อง
เลือดจากการผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการกำจัดยาช้าลง
ทำให้มีการตกค้างของฤทธิ์ยาสลบได้

วัตถุประสงค์ ป้องกันการพร่องออกซิเจน
หลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ได้รับการช่วยหายใจ
หลังผ่าตัด ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หลังถอดท่อ

หายใจ หายใจเอ่ได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ ค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล จัดหัวเตียงให้นอนราบ หนุนหมอนสูงไม่เกิน 5 ซม.ตามการรักษาของแพทย์ ดูแลท่อหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง โดยฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากัน 2 ข้าง ดูแลไม่ให้ท่อปับงอและดูแลเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่งโดยใช้เทคนิค close suction ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดูแลให้ได้รับออกซิเจน โดยใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา CMV mode TV 450 ml RR 12 bmp FiO_2 0.4 PEEP 3 cmH_2O และตรวจสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ สังเกตสีผิว สีของเยื่อต่างๆ และเล็บมือเล็บเท้าเพื่อสังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ให้ความอบอุ่นร่างกาย เนื่องจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทำให้ฤทธิ์ยาสลบยาวนานขึ้น เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง สังเกตภาวะของออกซิเจนต่ำ คือ กระสับกระส่าย ความดันโลหิตครั้งแรกจะสูงและต่ำลงในเวลาต่อมา หัวใจเต้นเร็ว มี central cyanosis ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ โดยแจ้งให้ญาติรับรู้ ว่าต้องผูกข้อมือทั้ง 2 ข้าง ช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวดี ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แนะนำญาติดูแลให้กำลังใจ

ประเมินผล หายใจได้ดี ไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100% สีผิวหนังปกติไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยตื่นดี ถอดท่อหายใจได้ภายใน 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังถอดท่อหายใจ หายใจได้ปกติ ไม่เหนื่อยหอบ

สรุป ปัญหา นี้ได้รับการแก้ไขสามารถถอดท่อหายใจได้ วันที่ 4 ม.ค. 2565, On O_2 canular 3 LPM หายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ 16-20 ครั้งต่อนาที สัญญาณชีพปกติ ย้ายออกจาก ICU วันที่ 6 ม.ค. 2565

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2 มีภาวะไม่สุขสบาย จากความปวดและการคาท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรู้สึกตัวขณะคาท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัดเพื่อควบคุมการหายใจ Pain score 5-10

วัตถุประสงค์ เพื่อดูแลและบรรเทาความไม่สุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ต่อต้านและยอมรับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อตื่นและรู้สึกตัวจากการดมยาสลบ หลับพักผ่อนได้ Pain score น้อยกว่า 3

กิจกรรมการพยาบาล จัดให้นอนราบศีรษะสูงเล็กน้อยตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตการหายใจและปรับโหมดเครื่องช่วยหายใจตามสภาวะผู้ป่วย ดูแลให้ขาดปวดให้ผู้ป่วยหลับและแก้ปวดเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการตอบสนองต่อภาวะเครียด (stress) ได้ การให้ขาดปวดเพียงพอทำให้ลดเมตาบอลิซึมและการใช้ออกซิเจนของสมอง เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลงได้ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขลักษณะทั่วไปและสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ไม่ให้มีเสียงดังรบกวนผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วย ให้เข้าใจแผนการรักษาและการป้องกันโรค

ประเมินผล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ยอมรับและไม่ต่อต้านเครื่องช่วยหายใจเมื่อตื่นจากยาสลบ ปวดแผล Pain score 5-10 ค่ะแนน ได้รับยาแก้ปวด Tramol 50 mg IV วันที่ 4 มกราคม 2565 หลังให้ยาอาการปวดลดลง หลับพักผ่อนได้ Pain score 0-1

สรุป ปัญหา นี้ได้รับการดูแล แก้ไข และหมดไป **แผนการจำหน่าย** ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยรายนี้ ได้ใช้รูปแบบ D-METHOD ดังนี้

1. D-Disease ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ โรคเลือดออกในสมอง ที่เกิดจากการได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะเนื่องผู้ป่วยสูงอายุ การ

ทรงตัวได้ไม่ดี มีการเสื่อมของระบบประสาทมีโอกาส
หกล้มได้ง่าย จะต้องมิใช่ดูแลใกล้ชิด สามารถสังเกต
อาการผิดปกติ และช่วยเหลือได้รวดเร็วจะลดความ
พิการหรือเสียชีวิตได้

2. M-Medicine ยาที่ได้รับกลับไป

รับประทานที่บ้านให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและ
การบริหารยา Paracetamol(500mg) เมื่อมีอาการปวด
หรือมีไข้ โดยรับประทานห่างกัน 4-6 ชั่วโมง ,Vitamin
B complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง
อาหาร บำรุงร่างกาย,folic acid รับประทานครั้งละ 1
เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า บำรุงร่างกาย

3. E-Enviroment แนะนำให้จัดผู้ป่วยอยู่

ห้องนอนชั้นล่าง จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด
สะดวกและปลอดภัย ป้องกันพลัดตก หกล้ม
บรรยากาศเงียบสงบให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน
เพียงพอ

4. T-Treatment ผู้ป่วยมีก้อนเลือดคั่งใน

สมองและมีภาวะลมรั่วเข้าสมองหลังจากเคยได้รับการ
ผ่าตัดสมอง และได้รับการดูแลรักษา ผ่าตัดแก้ไขจน
สามารถหายเป็นปกติ ก่อนกลับบ้านฟื้นฟูร่างกายโดย
ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด หัดเดิน ฝึกกำลังขา
แนะนำรับประทานยาบำรุงร่างกายตามแพทย์สั่ง
สังเกตอาการผิดปกติเนื่องจากอาจเป็นซ้ำได้อีก

5. H-Health ก่อนจำหน่าย 1 วัน ส่งปรึกษา

กายภาพบำบัด ให้ผู้ป่วยหัดเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันจน
สามารถใช้ได้ดี แนะนำให้หัดเดินโดยมีญาติหรือ
ผู้ดูแลใกล้ชิด ออกกำลังกายได้อย่างที่เหมาะสม ทำ
กิจวัตรประจำวันได้และ หลีกเลี่ยงภาวะเครียดต่างๆ

6. O-out patients/Referral นัดตรวจติดตาม

หลังออกจากโรงพยาบาล วันที่ 18 มกราคม 2565 ถ้ามี
อาการผิดปกติเนื่องจากผู้ป่วยอาจจะกลับมาเป็นซ้ำได้
อีก ถ้าพบอาการเหล่านี้ โทรขอความช่วยเหลือจาก
1669 ได้ เช่น ปวดหัว คลื่นไส้หรืออาเจียน อ่อนเพลีย
หรือง่วงนอนปัญหาการพูดเวียนหัว หมดสติเป็นวินาที

หรือนาที สับสนโดยไม่เสียการทรงตัว
หรือพบอาการอื่นๆ เช่นมีไข้ แผลบวมแดงหรือ
ผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

7. D-Diet แนะนำรับประทานอาหารได้

ตามปกติ ให้ครบ 5 หมู่ ปริมาณเพียงพอกับความ
ต้องการของร่างกาย

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 80 ปี

อาการสำคัญ ง่วงซึมลง ไม่พูด 2 ชั่วโมงก่อนมา
โรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เคยผ่าตัด
เลือดคั่งในสมองจากอุบัติเหตุหกล้มเมื่อ 3 เดือนก่อน
หลังผ่าตัดใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง
แรกรับตรวจร่างกายพบผู้ป่วยง่วงซึม ตอบคำถามได้
เล็กน้อย ผลประเมินทางระบบประสาท E3V1M6 ผล
ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบมีก้อนเลือดคั่งใน
เนื้อสมองด้านขวา เตรียมผ่าตัดสมองแบบฉุกเฉินไม่
รอผลการตรวจร่องด้วยวิธี RT-PCR ก่อนการระงับ
ความรู้สึกลึกลับแพทย์ ประเมินASA status = 3E จาก
การมีประวัติเลือดคั่งในสมอง ภาวะความดันใน
กะโหลกศีรษะสูงและสูงอายุ ได้ให้การระงับ
ความรู้สึกลับแบบทั่วร่างกาย ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหา
ความดันกะโหลกศีรษะสูงจากมีก้อนเลือดในสมอง
ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกลับพบปัญหาเสี่ยงต่อ
ภาวะแทรกซ้อนในระยะนำสลบ เสี่ยงต่อภาวะสมอง
บวมและเนื้อสมองถูกทำลายมากขึ้น ระยะเวลาให้การ
ระงับความรู้สึกลับ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและพื้น
ตัวจากยาสลบซ้ำและมีภาวะไม่สุขสบายจากปวดแผล
ผ่าตัดและคาท่อหายใจ ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ
วิสัญญีพยาบาลต้องใช้ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์และ
กระบวนการพยาบาล ตลอดจนการประสานงาน
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ทำให้ผู้ป่วย
รอดพ้นภาวะวิกฤติ ไม่มีควมพิการ และมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดี

วิจารณ์ เป้าหมายของการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ เพื่อคงระดับความดันเลือดไปเลี้ยงสมอง รักษาภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงให้สมองหย่อนเพียงพอ ป้องกันและรักษาปัจจัยที่ทำให้สมองบาดเจ็บแบบทุติยภูมิ ให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้ง่าย ให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยหลับและลดปวดเพียงพอ และเนื่องจากการผ่าตัดสมองมีความละเอียดซับซ้อน มีโอกาสเสียเลือด เสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การให้การพยาบาล โดยการจัดทำผู้ป่วยที่สะดวกในการผ่าตัด การป้องกันอันตรายต่างๆต่อผู้ป่วยขณะที่ไม่รู้สึกรู้ตัว การควบคุมการหายใจ อุณหภูมิกาย สัญญาณชีพตลอดจนการให้เลือด ให้ยาหรือสารน้ำตามการรักษาของแพทย์จะมีผลต่อการบวมของเนื้อสมอง และเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยพิการหรืออาจเสียชีวิตได้ อีกทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-19 วิชาญพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแล เฝ้าระวัง ในทุกระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก สามารถบริหารจัดการทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้ผ่าตัดอย่าง

รวดเร็วก่อนจะเกิดอันตรายต่อเนื้อสมองเพิ่มขึ้น รักษามาตรฐานการพยาบาลวิชาญญี รวมทั้งต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในภาวะโรคระบาด สู้บุคลากรและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงต้องมีองค์ความรู้ ทักษะการทำงาน และการบริหารจัดการ โดยใช้กระบวนการพยาบาล สามารถรายงานวิชาญญีแพทย์ เมื่อพบภาวะผิดปกติได้ถูกต้อง และช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้การพยาบาลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย ให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อีก และแนะนำมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์ นำประสบการณ์จากการศึกษาระดับปริญญาตรี มาพัฒนางานบริการ การให้การระงับความรู้สึกและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสโคโรนา-19 สู้บุคลากรและสิ่งแวดล้อม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. (ฉบับสมบูรณ์. 2558). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์.
2. จันทร์ทิรา เกียรตินัย, ฌัญฐิตา จุฬาริ, วาริธร ประวิตวงศ์, ธีวีวรรณ พงษ์วุฒิพัชร, สริกร ขาวบุญมาศิริ. (2561). การดูแลระบบเปิดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [https://he01.tci-thaijo.org > article > download.pdf](https://he01.tci-thaijo.org/article/download.pdf). (วันที่ค้นข้อมูล 16 กุมภาพันธ์ 2565).
3. รุติพล พงศ์ศรี. (2564). ข้อพึงระวังในงานบริการทางวิชาญญีแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19. ใน: เบนญจรัตน์ หยกอุบล, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, งามจิตร ภัทรวิทย์. [บรรณาธิการ]. วิชาญญีมี่ภูมิ. (น.301-313). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิชาญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.
4. ธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (ม.ป.ป.). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดสมอง. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/ New%201511/neuro_Anes.pdf](http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/New%201511/neuro_Anes.pdf). (วันที่ค้นข้อมูล 16 กุมภาพันธ์ 2565).

5. นรุตม์ เรืองอนุกุล. (2563). คุณภาพความสำเร็จในการใช้ Video laryngoscope. ใน:เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรืองอนุกุล, งามจิตร ภัทรวิทย์. [บรรณาธิการ]. วิศวกรรมมีภูมิ(น.27-50). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัย วิศวกรรมแพทย์แห่งประเทศไทย.
6. ประกาศราชวิทยาลัยวิศวกรรมแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับที่. (2563). แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ หรือ สงสัยว่าติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในการระงับความรู้สึก. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [http://www.anesthai.org/public/images > content](http://www.anesthai.org/public/images/content). (วันที่ค้นข้อมูล 2 ธันวาคม 2564).
7. ยง ภู่วรรณ. (2563). พื้นฐานการตรวจวินิจฉัยโรค โควิด-19. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [https://learningcovid.ku.ac.th > course](https://learningcovid.ku.ac.th/course). (วันที่ค้นข้อมูล 4 ธันวาคม 2564).
8. รพีพร โรจน์แสงเรือง.(ม.ป.ป.). การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (Rapid Sequence Intubation). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkarnpat.com>. (วันที่ค้นข้อมูล 10 ธันวาคม 2564).
9. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย.(2562).แนวทางเวชปฏิบัติ-กรณีสมองบาดเจ็บ.. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [http://www.neurosurgerycmu.com > files > 2019/12](http://www.neurosurgerycmu.com/files/2019/12). (วันที่ค้นข้อมูล 1 กุมภาพันธ์ 2565).
10. โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่. (2563). คู่มือการทำความสะอาดมือและวิธีการประเมินการทำความสะอาดมือของ บุคคลากร. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://w2.med.cmu.ac.th/nd/wp-content/uploads/2020/05>. (วันที่ค้นข้อมูล 1 ธันวาคม 2564).
11. ลักษณ์ สีนวลแล.(2563). การสวมใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (Personal Protective Equipment;PPE). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [http://group.surinpho.go.th > uploads > 2020/11](http://group.surinpho.go.th/uploads/2020/11). (วันที่ค้นข้อมูล 11 ธันวาคม 2564).
12. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2563). หน้ากากN95. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [https://th.wikipedia.org > wiki > หน้ากาก เอ็น_95](https://th.wikipedia.org/wiki/หน้ากากเอ็น95). (วันที่ค้นข้อมูล 11 ธันวาคม 2564).
13. สุนิสา แสงทองจรัสกุล. (2563). ภาวะสมองบวมขณะผ่าตัดสมอง Tight brain.ปรก เหล่าสุวรรณ, สุรัญญา เลิศศิริ, โสภณอิฐฐาน, เอียสกุล. [บรรณาธิการ]. ภาวะวิกฤตทางวิศวกรรมวิทยา(น.140-151). กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิศวกรรมวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. สุนิสา แสงทองจรัสกุล. (2564). การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในปัจจุบัน. ใน:เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรืองอนุกุล, งามจิตร ภัทรวิทย์.[บรรณาธิการ]. วิศวกรรมมีภูมิ. (น.203-230). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิศวกรรมแพทย์แห่งประเทศไทย.
15. สุระ สักดิ์ศิลาพร. (2564). เลือดออกในสมอง. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.bkh.co.th/intracerebral-hemorrhage>. (วันที่ค้นข้อมูล 13 กุมภาพันธ์ 2565).
16. อมร ลีลาธรมี. (2563). เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อCOVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 . [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19>. (วันที่ค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2564).
17. อริศรา เอี่ยมอรุณ. (ม.ป.ป.). Airway management. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/anesth/undergrad>. (วันที่ค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2564).
18. American Society of Anesthesiologists. (2563). ASA Physical Status Classification System. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.asahq.org/public>. (วันที่ค้นข้อมูล 1 ตุลาคม 2564).

การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรอรับยาที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

A study of patient satisfaction with waiting to receive medicines at home during the epidemic situation of the 2019 novel coronavirus

ภุริ กุลานูวัต*

Poori Kulanuwat*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรอรับยาที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 เพื่อเป็นการสื่อสารกับผู้ป่วยและให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของโรงพยาบาล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้านของการบริการในช่วงเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2564 ผลการศึกษา ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรอรับยาที่บ้าน ที่มีความสมบูรณ์ คืบมา จำนวน 253 ฉบับ ร้อยละ 84.33 ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.19$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านความสะดวกในการให้บริการ ($\bar{x} = 4.31$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านคุณภาพการบริการ ($\bar{x} = 4.13$) ผู้รับบริการที่รอรับยาที่บ้าน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.18$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านคุณภาพการบริการ ($\bar{x} = 4.24$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านความสะดวกในการให้บริการ และด้านผู้ให้บริการ/อخصยาชัยยัตริ ($\bar{x} = 4.15, 4.15$) ตามลำดับ การเปรียบเทียบความพึงพอใจ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การให้บริการรับยา มีความสะดวกสบาย เป็นขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ($p\text{-value} < .05$) ขั้นตอนการรอรับยา มีความรวดเร็ว ($p\text{-value} < .05$) การได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อย่างรวดเร็ว เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ($p\text{-value} < .01$) ตามลำดับ ด้านคุณภาพการบริการ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การที่โรงพยาบาลมีช่องทางรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการรับบริการ ($p\text{-value} < .05$) การรับยาถูกต้อง ครบถ้วน ($p\text{-value} = 0.000$) ตามลำดับ ซึ่งแบบประเมินที่สร้างขึ้นยังสามารถนำไปพิจารณาใช้ในพื้นที่อื่นที่ทำการจัดส่งยาไปยังบ้านผู้ป่วย เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการบริการภายในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, ผู้รับบริการ, โควิดไวรัส – 2019.

Abstract

This descriptive studies were study to patient satisfaction with waiting to receive medicines at home during the epidemic situation of the 2019 novel coronavirus and analyzed the relationship between the factors in each. Aspect of service During March-June 2021, the results of the study, the investigators received a questionnaire on the satisfaction of service recipients with waiting to receive medicines at home. 253 papers or 84.33% of the results of the questionnaire were returned. The results showed that: the recipients at the outpatient department were not available. There were satisfaction with the service, overall at a very good level ($\bar{X} = 4.19$). The considering the individual aspects was the side with the highest average is the ease of service ($\bar{X} = 4.31$). The lowest average aspect is service quality ($\bar{X} = 4.13$). The recipients was waiting to receive medication at home There were satisfaction with the service, overall at a very good level ($\bar{X} = 4.18$). Considering the individual aspects, the side with the highest average is the quality of service ($\bar{X} = 4.15, 4.15$). respectively Satisfaction Comparison It was found that significant differences include providing medications, being comfortable, being a simple, simple procedure. p-value < .05, the waiting process was fast (p-value < .05), p-value < .05 process was fast, with the help of the staff quickly. When there were health problems (p-value < .01), respectively, the quality of service was found to differ significantly, including the hospital's feedback channels and feedback from the service (p-value < .05), receiving the correct medication (p-value = 0.000), respectively.

Keyword: Satisfaction, Service Providers, Coronavirus – 2019.

*เภสัชกร ระดับ ชำนาญการ โรงพยาบาลกุยบุรี

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 มาตรา 3/1 กำหนดให้การบริหารราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าในเชิงภารกิจแห่งรัฐ การ

ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานไม่จำเป็น การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจายอำนาจการตัดสินใจ การอำนวยความสะดวก และการตอบสนองความต้องการของประชาชน' เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้โรงพยาบาลของรัฐทุกระดับพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้รับ

บริการที่มีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจ ด้านคุณภาพ การให้บริการภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร รัฐได้เน้น นโยบายการจัดบริการสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญ ในการกระจายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่ ทั่วประเทศเพื่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ โดยการสร้างหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น เข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามภายใต้ ข้อจำกัดของทรัพยากร และผลจากการพัฒนาทาง เศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็น ไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการ สื่อสาร ทำให้แนวโน้มความคาดหวังของประชาชน ในบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การปรับระบบบริการ ให้สอดคล้องกับมาตรการ การรักษาระยะทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ป้องกันการ แพร่กระจายของเชื้อได้ การให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง มีขั้นตอนปฏิบัติหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้า เกิดความแออัดของการให้บริการและเสี่ยงต่อการ แพร่กระจายเชื้อได้ โรงพยาบาลกฤษี จึงได้มีแนวคิด ริเริ่มการพัฒนาระบบให้บริการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยถึง บ้าน เพื่อลดความแออัดในการรับบริการ โดยนำร่อง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาด ของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และเป็น กลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เพื่อเป็นต้นแบบ ขยายผลการดำเนินงานในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น จาก

ภารกิจเดิมฝ่ายเภสัชกรรม ได้ให้บริการจ่ายยา เพื่อให้ ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มี คุณภาพ ถูกต้องและ เหมาะสมที่สุด เมื่อผู้ป่วยผ่านการ วินิจฉัยและแพทย์ได้สั่งยาแล้ว เจ้าหน้าที่งานเภสัช กรรมจะเป็นผู้จัดยาตามชนิด ขนาด และ จำนวนที่ แพทย์ได้สั่งไว้ เภสัชกรจะต้องเป็นผู้ตรวจเช็คทั้งใบสั่ง แพทย์และยาที่ได้จัดไว้ว่ามีความถูกต้องเหมาะสม หรือไม่ วิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ก่อนที่จะจ่ายยาให้ผู้ป่วย² โดยในช่วงที่เกิดสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่ผ่านมา ทางฝ่ายเภสัชกรรมได้ทำงานร่วมกับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครชุมชน ในการจัดส่งยาให้ อาสาสมัครชุมชนของแต่ละหมู่บ้านเป็นผู้นำยาไปส่ง ให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยที่บ้านเป็นจำนวนมาก เพื่อลดความ แออัดในการรับบริการ โดยนำร่องในผู้ป่วย โรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมโรคได้ดี เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้ป่วย จำนวนมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อลด ความแออัดในการรับบริการ เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 การปฏิบัติงานลักษณะเช่นนี้ อาจ มีข้อบกพร่อง และเป็นการยาก ที่จะทำให้ผู้รับบริการ เกิดความพึงพอใจได้

ดังนั้น การศึกษาความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อการรอรับยาที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

2019 จะทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาการให้บริการของห้องจ่ายยาโรงพยาบาลกฤษบุรีให้ดีขึ้น และเกิดความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ ของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รพชที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของโรงพยาบาลกฤษบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแต่ละด้าน ของการบริการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรพชที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของโรงพยาบาลกฤษบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเข้ามาช่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจหรือวางแผนในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการที่รพชที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และ ผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน 2564 ในเขตอำเภอกฤษบุรี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้รับบริการที่รพชที่บ้าน 651 คน และผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลกฤษบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการที่รพชที่บ้าน 248 คน และผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 248 คน ของโรงพยาบาลกฤษบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ตารางเลขสุ่มในการสุ่มตัวอย่าง (Random number) ใช้ Taro Yamane ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95%

เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการเก็บข้อมูล 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) วิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน

แล้วนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

(Reliability)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าความถี่ และ ค่าร้อยละ (Frequency and percentage) เพื่อใช้อธิบายข้อมูล ของผู้ตอบแบบสอบถาม และนำเสนอในรูปแบบของตาราง ประกอบด้วยคำอธิบาย หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการรื้อรับยาที่บ้าน แล้วนำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบคำอธิบาย วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลกฤษบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รื้อรับยาที่บ้าน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รื้อรับยาที่บ้าน โดยใช้สถิติ Independent-Samples T-Test

ผลการวิจัย

ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รวม 259 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 ส่วนใหญ่เป็นวัย 41 – 60 ปี ร้อยละ 69.50 มีการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 46.70 และประกอบอาชีพรับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 65.60 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 77.20 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็น สิทธิ 30 บาท/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/สิทธิบัตรทอง 66.8 ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (\bar{x} = 4.19) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน

พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านความสะดวกในการให้บริการ (\bar{x} = 4.31) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านคุณภาพการบริการ (\bar{x} = 4.13)

ผู้รับบริการที่รื้อรับยาที่บ้าน รวม 253 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 ส่วนใหญ่เป็นวัย 61 – 80 ปี ร้อยละ 66.80 มีการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ร้อยละ 62.10 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.90 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.20 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 77.90 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็น สิทธิ 30 บาท/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/สิทธิบัตรทอง 80.20 ผู้รับบริการที่รื้อรับยาที่บ้านมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (\bar{x} = 4.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านคุณภาพการบริการ (\bar{x} = 4.24) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านความสะดวกในการให้บริการ และด้านผู้ให้บริการ/อخصยัมยตรี (\bar{x} = 4.15, 4.15) ตามลำดับ

การเปรียบเทียบความพึงพอใจ ของ

ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รื้อรับยาที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของโรงพยาบาลกฤษบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้านความสะดวกในการให้บริการ พบว่า มีหัวข้อที่แสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รื้อรับยาที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การให้บริการรับยา มีความสะดวกสบาย เป็นขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ค่า (p-value < .05) ขั้นตอนการรื้อรับยา มีความรวดเร็ว (p-value < .05) การได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อย่างรวดเร็ว เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (p-value < .01) ตามลำดับ ด้านคุณภาพการ

บริการ พบว่า มีหัวข้อที่แสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การที่โรงพยาบาลมีช่องทางการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการรับบริการ ($p\text{-value} < .05$) การรับยาถูกต้อง ครบถ้วน ($p\text{-value} = 0.000$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรอรับยาที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของโรงพยาบาลกฤษี ในด้านต่างๆที่มีผลต่อความพึงพอใจ ของผู้รับบริการที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.19$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความสะดวกในการให้บริการ ($\bar{x} = 4.31$) เนื่องจากมีระบบการทำงานที่รองรับตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลได้ทำอยู่อย่างต่อเนื่อง และผู้รับบริการได้ทำความคุ้นเคยกับระบบของโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นผู้ที่มารับบริการอยู่ก่อนแล้ว ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านคุณภาพการบริการ ($\bar{x} = 4.13$) ซึ่งยังถือว่ามีความพึงพอใจในระดับดีมาก ส่วนหัวข้อย่อยในด้านคุณภาพการบริการที่ได้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลมีช่องทางในการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ ($\bar{x} = 4.09$) สอดคล้องกับงานวิจัยหลายแห่ง ไม่ว่าจะเป็น อัจฉรา อ่วมเครือ และปาริฉัตร อาริยะจารุ³, กัลยาณี น้อมพร โณภาส⁴, ประไพ ตงเพ็ชร⁵, จิตพิสุทธ์ สมทา⁶ ได้ทำการทดลองในกลุ่ม

ตัวอย่างและสถานที่ที่แตกต่างกันได้สรุปความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทั้งหมด แต่ในงานวิจัยฉบับนี้ได้นำความพึงพอใจแผนกผู้ป่วยนอกมาเปรียบเทียบกับ การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่รอรับยาที่บ้าน และพบว่า

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.18$) เช่นเดียวกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณภาพการบริการ ($\bar{x} = 4.24$) เนื่องจากโรงพยาบาลได้จัดส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน โดยไม่ได้คิดมูลค่าเพิ่ม ตามเวลานัดที่กำหนด ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความสะดวกในการให้บริการ และด้านผู้ให้บริการ/อภยาศย์มัตรี ($\bar{x} = 4.15$ และ 4.15) ซึ่งยังถือว่ามีความพึงพอใจในระดับดีมาก และได้คะแนนแตกต่างจากการรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนหัวข้อย่อยใน ด้านความสะดวกในการให้บริการ และด้านผู้ให้บริการ/อภยาศย์มัตรี ที่ได้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 4.04$) และเจ้าหน้าที่ให้การดูแลไม่แบ่งชนชั้นและความสนิทสนม ($\bar{x} = 4.07$) ตามลำดับ เนื่องจากเป็นการจัดส่งยาไปที่บ้านจึงยังพบปัญหาการจัดการระบบให้ความช่วยเหลือและการประชาสัมพันธ์ รวมทั้งการเลือกกลุ่มผู้รับบริการที่ต้องรับการพิจารณาถึงความเหมาะสมในการส่งยาไปที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพอย่างถ้อยถ้วน จึงอาจส่งผลให้ผู้รับบริการขาดความเข้าใจในบริบทและมองว่าเป็นการรับบริการที่ไม่เท่าเทียมกันได้

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจ ของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส

โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของโรงพยาบาลกุญบุรี
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ด้านความสะดวกในการให้บริการ พบว่า มี
หัวข้อที่แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ที่แผนกผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การให้บริการรับยา มีความ
สะดวกสบาย เป็นขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ค่า
($p = 0.049$) โดยความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนก
ผู้ป่วยนอก ($\bar{x} = 4.32$) เทียบกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้าน
($\bar{x} = 4.17$) แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการแผนกผู้ป่วย
นอกมีความพึงพอใจ ในความสะดวกสบาย เป็น
ขั้นตอน ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ในการรับยา แยกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญจากการรอรับยาที่บ้าน ซึ่งแตกต่างจาก
งานวิจัยของจิตพิสุทธ์ สมทา⁶, ไชยน์ สุกศิริ⁷ ที่
สะท้อนให้เห็นว่าระยะเวลารอคอยมีผลต่อความพึง
พอใจของผู้ป่วยที่ต่างกัน และพบว่าการต่อ
แถวคอยมีผลอย่างมากต่อการประเมินความพึงพอใจ
ในด้านนี้ ซึ่งโยกคดีแล้วระยะเวลารอคอยในการรับยา
ของโรงพยาบาลไม่เกิน 15 นาที ขั้นตอนการรับยาไม่
ซับซ้อนและผู้รับบริการมีความคุ้นชินกับระบบ แต่
เนื่องจาก ระบบการส่งยาที่บ้านเป็นระบบใหม่และมี
การประชาสัมพันธ์น้อย เป็นการทำงานในช่วงโควิด
19 ซึ่งเป็นเวลาเร่งด่วน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ
การได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อย่างรวดเร็ว
เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยความ
พึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ($\bar{x} = 4.30$)
เทียบกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้าน ($\bar{x} = 4.04$) ซึ่งหลาย
งานวิจัยยังพบว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้มารับบริการมี
ความพึงพอใจสูงสุดเป็นความเข้าใจ ความเห็นอกเห็น
ใจ เอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน (อัจฉรา อ่วม
เครือ และคณะ) โดยรวมการให้ความช่วยเหลือยัง

ขาดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างทั่วถึง เมื่อเกิดปัญหา
สุขภาพ ทำให้ความพึงพอใจในการรับยาที่บ้าน
แตกต่างจากการรับยาที่โรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก
อย่างมีนัยสำคัญ

ด้านคุณภาพการบริการ พบว่า มีหัวข้อที่
แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนก
ผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้านแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญ ได้แก่ การมีช่องทางการรับฟังความคิดเห็น
และข้อเสนอแนะจากการรับบริการ ($p\text{-value} < 0.05$)
โดยความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
($\bar{x} = 4.17$) เทียบกับผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้าน ($\bar{x} = 4.31$)
เนื่องจาก มีการสำรวจความพึงพอใจในการจัดส่งยา
ไปที่บ้านและมี อสม. ลงเยี่ยมสอบถามอาการและให้
คำแนะนำทำให้ผู้รับบริการรู้สึกได้ว่ามีการรับฟังความ
คิดเห็นและได้เสนอแนะการทำงานได้ในขณะที่การ
รับยาที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกนั้น ไม่ได้ให้
การรับฟังแบบรายบุคคล เพราะมีผู้มารับบริการ
จำนวนมากในเวลาทำการ การได้รับยาถูกต้อง
ครบถ้วน ($p\text{-value} = 0.000$) พบว่าความพึงพอใจของ
ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ($\bar{x} = 4.14$) เทียบกับ
ผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้าน ($\bar{x} = 4.42$) แยกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยที่รอรับยาที่บ้านสามารถ
ตรวจสอบยาของตนเองที่บ้านเลย ในขณะที่การรับ
ยาที่โรงพยาบาลนั้นมีผู้มารับบริการจำนวนมากใน
เวลาทำการ ไม่มีถุงสำหรับใส่ยา ขาดพื้นที่ให้
ตรวจสอบยา หรืออีกกรณีหนึ่งคือผู้รับบริการไม่มีเวลา
ในการตรวจสอบ หรือไม่สะดวกที่จะตรวจสอบยา
ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล เมื่อนำกลับไปที่บ้านแล้วจึง
ตรวจสอบอีกครั้ง จึงทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
ในการรับยาในหัวข้อนี้แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. พระพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 (2545, 2 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 119 ตอนที่ 99 ก, หน้า 1-2.
2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับ เฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2551: หน้า 111-116.
3. อัจฉรา อ่วมเครือ. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการรักษาพยาบาล ศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลราชบุรี(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี; 2556.
4. กัลยาณี น้อมพร โณภาส. การประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการที่มีต่องานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลแก้งลำไย(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.
5. ประไพ คงเพชร. การศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
6. จิตพิสุทธิ สมทา. การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิและการแพทย์ทางเลือกจอมทอง โรงพยาบาลตำรวจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด; 2560.
7. ไชยน์ สุภศิริ. ผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี ต่อระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจในบริการ(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

Development of a mental health operation model under the COVID-19 crisis, Ban Khwao hospital, Chaiyaphum province

วัชรพงษ์ กระบี่ศรี*
Watcharapong Krabisri*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 และ 3) ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เจาะจงเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 28 คน การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จำนวน 32 คน สุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ Dependent t-test ผลการวิจัย พบว่า 1) บุคลากรทางการแพทย์มีภาวะเครียด วิตกกังวล มีปัญหาในการนอน ไม่มีการประเมินสุขภาพจิตจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ต้องการขวัญกำลังใจจากผู้บริหาร 2) รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความปลอดภัย 2) สร้างความสงบ 3) สร้างความหวัง 4) ให้ความหวังใจเห็นใจ 5) ใช้ศักยภาพการบริหารจัดการ 6) สร้างความเข้มแข็งจากสายสัมพันธ์ รูปแบบมีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X} \pm S.D. = 4.50 \pm 0.26$) 3) บุคลากรทางการแพทย์มีระดับภาวะสุขภาพจิต ก่อนการทดลองใช้รูปแบบในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.33 \pm 0.48$) และหลังการทดลองใช้รูปแบบในระดับมาก ($\bar{X} \pm S.D. = 4.42 \pm 0.22$) เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, วิกฤตโควิด 19

Abstract

This action research aimed to 1) study the condition and problem of mental health operation under the COVID-19 crisis 19 2) develop mental health operation model under the COVID-19 crisis 19 3) evaluate the results of the trial using the model. Qualitative research was purposively selected key informants from 28 experts.

Quantitative research; samples were determined and selected by multi-stage random sampling to 32 medical personnel. Data were analyzed by content analysis, mean, standard deviation and t-test (Dependent). The research results found that: 1) medical personnel were stressed, worried, trouble sleeping, no mental health assessment from psychiatrist or psychologist, and need morale from management, 2) mental health operation model under the COVID-19 crisis consisted of 6 steps as 1) promote safety, 2) promote calm, 3) instill hope, 4) destigmatization 5) promote effectiveness 6) promote social connectedness, the model was suitable at the highest level ($\bar{X} \pm S.D. = 4.50 \pm 0.26$), 3) medical personnel was a moderate level ($\bar{X} \pm S.D. = 3.33 \pm 0.48$) of mental health status before the trial of the model and after at the high level ($\bar{X} \pm S.D. = 4.42 \pm 0.22$) with a statistically significant level of 0.05

Keywords: Mental Health, COVID-19 Crisis

*พบ. โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ก่อให้เกิดวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง เป็นอย่างมาก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern) และเป็นการแพร่ระบาดใหญ่ระดับโลก (Pandemic) ที่มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว รัฐบาลไทยได้กำหนดมาตรการที่เข้มงวดและเร่งด่วนเพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ที่สำคัญ คือ การป้องกันโดยจัดให้สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกที่ทุกเวลา จัดหาแอลกอฮอล์ชนิด

เจลหรือชนิดน้ำให้เพียงพอ และตรวจคัดกรองวัดอุณหภูมิของร่างกายซึ่งต้องมีอุณหภูมิไม่เกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส การสร้างระยะห่างทางสังคม โดยงดกิจกรรมอื่นที่มีการรวมกันของผู้คน ให้กำหนดระยะห่างของการติดต่อสื่อสารของบุคคลอย่างน้อย 1 เมตร การปิดสำนักงาน สถานประกอบการ หากพบกรณีพบบุคลากรในสังกัดของหน่วยงานตรวจพบการติดเชื้อ ก่อให้เกิดชีวิตวิถีใหม่ เกิดจากสถานการณ์หลายคนต้องปรับเปลี่ยนชุดพฤติกรรมดำรงชีวิตประจำวัน²

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถติดต่อได้ง่ายและรุนแรง ผ่นวกกับปัจจัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ทันทีผ่านสื่อออนไลน์ ก่อให้การรับรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ขณะเดียวกันก็เกิดความหวาดกังวลได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ส่งผลให้เกิดความปั่นป่วน

ทางสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ในช่วงระยะการแพร่ระบาดของโรคที่ไม่สามารถทราบได้ว่าการจัดการให้สถานการณ์ดังกล่าวฟื้นระยะวิกฤตกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้เมื่อใด ประชาชนมีความคาดหวังว่าวัคซีนที่นำมาใช้กับคนทั้งประเทศจะสามารถควบคุมและป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 ต้องตกอยู่ในความเครียด ความหวาดหวั่นและสะสมจนกลายเป็นภาวะของความท้อแท้ใจ ซึ่งในที่สุดอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีภาระงานและความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ในฐานะเป็นบุคลากรด่านหน้าของการเผชิญกับโรคโควิด 19 เป็นความท้าทายให้ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตจากองค์กรและสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนร่วมจัดการกับภาวะวิกฤตนี้ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง รุนแรง และยาวนานว่าจะมีทางออกในการสร้างความหวังที่จะฝ่าข้ามวิกฤตนี้สำหรับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบนี้หรือไม่³

โรงพยาบาลบ้านเขว้าเป็นองค์กรหลักในการดูแลด้านสุขภาพจิตของอำเภอบ้านเขว้าได้พยายามพัฒนาการทำงานขององค์กรร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ให้การดำเนินงานเป็นไปตามหลักฐานวิชาการ โดยมีมุมมองการทำงานด้านสุขภาพจิตภายใต้ภาวะวิกฤตโควิด 19 นี้ ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะประชาชนในระดับบุคคลหรือหรือการจัดบริการในโรงพยาบาลพยาบาลเท่านั้น

แต่รวมถึงการขับเคลื่อนผ่านกลไก จากทุกหน่วยงานสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตไปด้วยกันในขณะที่เผชิญกับวิกฤตโควิด 19 ครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด 19 โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการดูแลด้านจิตใจให้เป็นองค์รวมควบคู่ไปกับสุขภาพกาย ผู้วิจัยเห็นความสำคัญ ในประเด็นนี้จึงสนใจศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ ที่นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานการปฏิบัติการตามแผน การสังเกตการณ์จากการถอดบทเรียนจากการดำเนินงานที่ส่งผลเกิดผลกระทบต่อการใช้สุขภาพจิตที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 โรงพยาบาล บ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้วิธีการวิจัย แบบผสม (Mixed Method Research) ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แบ่งการ

วิจัยออกเป็น 2 ระยะ จำแนกประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามระยะการวิจัย ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่เจาะจงเลือก (Purposive Sampling) จากผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลบ้านเขว้าที่เป็นแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน สหวิชาชีพ อื่นๆ 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 28 คน ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) จากการเจาะจงเลือกผู้ทรงคุณวุฒิด้านรูปแบบ 2 คน ด้านการแพทย์ 3 คน ด้านการพยาบาล 5 คน และผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 21 คน สำหรับในขั้นตอนการปฏิบัติการ เป็นการทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินการด้วยการวิจัย ก่อนทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre -posttest design) การวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ ที่ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen⁴ ในขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ที่ 0.60 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบ

สัมภาษณ์ แบบสอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์โดยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความถามกับวัตถุประสงค์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of congruence) ที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายชื่อ จำนวน 5 คน และค่าความเชื่อมั่น ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.62-0.80 ทั้งฉบับของแบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ มีค่าเท่ากับ 0.74 0.72 และ 0.76 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ที่ระดับ 0.74 0.72 และ 0.70 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับบุคคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ใกล้เคียงกัน นำผลการทดลองใช้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 0.72 และ 0.71 ตามลำดับ พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 3 ฉบับ มีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ โดยให้ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 แปลความหมายเป็นระดับ มากที่สุด 3.51 - 4.50 เป็นระดับ

มาก 2.51 - 3.50 เป็นระดับ ปานกลาง 1.51 - 2.50 เป็นระดับ น้อย และ 1.00 - 1.50 เป็นระดับ น้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ขั้นตอนการสังเกต และถอดบทเรียน จากนั้นปรับปรุงรูปแบบตามประเด็นที่พบให้มีความเหมาะสมมากที่สุด และขั้นตอนการวัดผลสะท้อนจากการวิจัยสรุปผลการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบในด้านความสามารถ ในการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การดำรงชีวิต ด้วยความสมดุล และ การตอบสนองความต้องการของตนเอง จากนั้นสรุปผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการการสอบถาม วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (Shapiro-Wilk Test) ค่าสถิติอ้างอิงสำหรับการศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ โดยเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. มีบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 183 คน ในช่วงวิกฤตโควิด 19 มีการเตรียมพร้อมทั้งความรู้ อุปกรณ์ป้องกัน โรคมียุ่อย่างเพียงพอ มีการหมุนเวียนแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานตามตารางเวร มีบุคลากรติดเชื้อ โควิด 19 จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 31.69) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ติดเชื้อ มีการกักกันตัว 14 วัน เพื่อเฝ้าระวังโรค ก่อนกลับไปอยู่กับครอบครัว ทำให้หลายคนไม่ได้กลับไปพบสมาชิกครอบครัวด้วยอาจนำเชื้อโรคแพร่สู่สมาชิกครอบครัว ต้องสวมใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันโรคตลอดเวลาซึ่งไม่สะดวกสบาย เป็นการเผชิญกับปัญหาที่มากกว่าจะรับมือได้จากผลกระทบเหล่านี้ทำให้เกิดอาการเครียด กังวล ไม่สามารถทราบได้ว่าการระบาดของโรคจะยุติเมื่อใด บางรายมีอาการซึมเศร้า มีปัญหาในการนอน ไม่อยากไปทำงาน คุณภาพชีวิตไม่ดี ถูกรังเกียจกีดกันในฐานะผู้ที่ทำงานใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ มีปัญหาครอบครัวที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ในระยะสั้น ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อีกทั้งไม่มีการประเมินสุขภาพจิตจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา บุคลากรต้องการขวัญกำลังใจเป็นอย่างมากทั้งจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้บริหาร โรงพยาบาล ในภาวะที่ภาระงานต่อวันมีมาก บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันยังต้องคงมาตรฐานการปฏิบัติงานระดับสูงไว้ให้ดีที่สุด

2. รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิต ภายใต้
 หลักการของสุขภาพจิตให้สามารถมีการปรับตัวและมี
 ความสุขเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี มี
 สัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วย
 ความสมดุล สบายใจ ตอบสนองความต้องการของ
 ตนเองในสังคมของโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ได้ รับรู้
 ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียด ใน
 ชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์อย่างสร้างสรรค์
 และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ ภายใต้ภาวะ
 ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีโครงสร้างของรูปแบบ
 ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการบริหารจัดการ มีหน้าที่
 กำหนดนโยบาย ดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน
 ปัญหาสุขภาพจิต และสื่อสารกับบุคคลากรทางการ
 แพทย์ 2) ทีมดูแลสุขภาพจิต เป็นทีมสหวิชาชีพที่
 เชี่ยวชาญ มีหน้าที่ดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน
 ปัญหาสุขภาพจิต 3) ทีมบริการข้อมูลข่าวสารและให้
 คำปรึกษา มีหน้าที่สื่อสารกับบุคคลากรทางการแพทย์
 4) กลุ่มดูแลช่วยเหลือกันเองของบุคคลากรทาง
 การแพทย์ ดูแลช่วยเหลือกันเอง ดูแลเอาใจใส่ เน้นนำ
 ช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลความรู้และ
 ประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสแสดง
 ความกังวล ชักถามข้อสงสัย ใส่ใจพิเศษแก่บุคคลากร
 ที่มีปัญหาส่วนตัวหรือมีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน หรือ
 ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยยังคงรักษา
 ความลับส่วนตัว **ขั้นตอนของรูปแบบ** ประกอบด้วย 1)
 สร้างความปลอดภัย โดยจัดระบบป้องกันการติดเชื้อ
 และอุปกรณ์ให้เพียงพอ จัดการอบรมให้มีทักษะให้มี

ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จัดสวัสดิการด้านที่พัก
 อาหาร และประกันชีวิต ที่ดีและครบถ้วน การตรวจ
 วินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วกรณีเสี่ยงติดเชื้อ
 กรณีบุคลากรติดเชื้อ ได้รับการรักษา รายงานความ
 คืบหน้าและแจ้งภาวะสุขภาพปัจจุบันอย่างรวดเร็ว 2)
 สร้างความสงบ สื่อสารข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้อง
 ชัดเจน ทันต่อเหตุการณ์ ตอบโต้ข้อมูลข่าวสารเชิงลบ
 เพื่อลด ความกังวลจากข้อมูล 3) สร้างความหวัง โดย
 การสื่อสารเป้าหมายเชิงบวกและผลลัพธ์ความสำเร็จ
 เป็นระยะๆ ให้เห็นว่าโรงพยาบาลสามารถผ่าน
 สถานการณ์วิกฤตนี้ไปได้ รับฟังปัญหาและแนว
 ทางการแก้ไขอย่างมีส่วนร่วม สร้างช่องทางในการ
 แบ่งปันเรื่องราวดีๆ ทางแอปพลิเคชันสื่อสาร เช่น Line
 Facebook 4) ให้ความหวังใจเห็นใจ โดยส่งเสริมให้
 บุคลากรให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ที่ต้อง
 ถูกกักกัน หรือติดเชื้อ เปลี่ยนสถานการณ์จากเหยื่อ
 ของวิกฤต เป็น ผู้ให้หรือผู้ร่วมกอบกู้วิกฤต 5) ใช้
 ศักยภาพ การบริหารจัดการของโรงพยาบาลให้เต็มที่
 โดยการจัดตารางเวลาที่ยืดหยุ่น หมุนเวียนบุคลากร ที่
 มีความเครียดสูงและต่ำสลับกันไป ไม่ให้เกิดความ
 เหนื่อยล้ากับงานมากเกินไป ระดมทรัพยากร
 สนับสนุนความต้องการของบุคลากรที่เป็นรูปธรรม
 เสมอภาคและเท่าเทียม 6) สร้างความเข้มแข็ง จากสาย
 สัมพันธ์ โดยส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ให้
 กำลังใจและเอาใจใส่ระหว่างเพื่อนร่วมงาน และ
 หัวหน้างาน ชื่นชม ให้เกียรติสร้างขวัญกำลังใจ บอก
 เล่าถึงความกังวลและสอบถามความเป็นอยู่ทางการ

สนทนากลุ่มช่วงเวลาสั้นๆ การประเมินผลของ
รูปแบบ ประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทาง
การแพทย์จากจิตแพทย์หรือทีมสุขภาพจิตของ
โรงพยาบาล **เงื่อนไขความสำเร็จของรูปแบบ** ที่เกิด
จากความตั้งใจจริงและความใส่ใจของผู้บริหาร การ

วางแผนการดำเนินงานที่ดี และการจัดเตรียม
ทรัพยากรการบริหารงานที่ครบถ้วนทันเวลา ผลการ
ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง
พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} \pm S.D. =$
 4.50 ± 0.26) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 โรงพยาบาลบ้าน
เขว้า จังหวัดชัยภูมิ (n=21)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับความเหมาะสม
1. เหมาะสมกับพื้นที่ดำเนินงาน	4.51±0.34	มากที่สุด
2. เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	4.48±0.20	มาก
3. โครงสร้างของรูปแบบ	4.52±0.25	มากที่สุด
4. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ	4.50±0.26	มาก
5. หลักการของรูปแบบ	4.50±0.31	มากที่สุด
6. ขั้นตอนของรูปแบบ	4.48±0.24	มาก
7. กิจกรรมของรูปแบบ	4.52±0.30	มากที่สุด
8. วิธีการประเมินผลของรูปแบบ	4.52±0.25	มากที่สุด
9. นำไปปฏิบัติได้จริง	4.51±0.19	มากที่สุด
10. ภาพรวมของรูปแบบ	4.50±0.26	มากที่สุด
ภาพรวม	4.50±0.26	มากที่สุด

3. ผลการประเมินผลการทดลอง ใช้รูปแบบ
การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 พบว่า
บุคลากรทางการแพทย์ มีระดับภาวะสุขภาพจิตใน
ภาพรวมก่อนการทดลองใช้รูปแบบ อยู่ในระดับปาน
กลาง ($\bar{X} \pm S.D. = 3.33 \pm 0.48$) และหลังการทดลอง

ใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} \pm S.D. = 4.42 \pm 0.22$)
(ตารางที่ 2) โดยมีภาวะสุขภาพจิตหลังการทดลองใช้
รูปแบบเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=32)

ภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดลองใช้รูปแบบ		หลังทดลองใช้รูปแบบ	
	$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับ	$\bar{X} \pm S.D.$	ระดับ
1. ด้านความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อม	3.41±0.52	ปานกลาง	4.48±0.31	มาก
2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	3.32±0.48	ปานกลาง	4.45±0.20	มาก
3. ด้านการดำรงชีวิตด้วยความสมดุล	3.42±0.51	ปานกลาง	4.43±0.18	มาก
4. ด้านการตอบสนองความต้องการของตนเองในสังคม	3.15±0.42	ปานกลาง	4.33±0.19	มาก
เฉลี่ยรวม	3.33±0.48	ปานกลาง	4.42±0.22	มาก

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของบุคคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลัง การทดลองใช้รูปแบบ (n=32)

พฤติกรรมดูแลเกี่ยวกับอาหาร	\bar{X}	S.D.	\bar{d}	$s\bar{d}$	df	t	<i>p-value</i> (1-tailed)
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	3.33	0.48	1.09	0.05	31	21.80	0.01*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.42	0.22					

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t_{(31,0.05)} = 2.03$), (Shapiro-Wilk, $p\text{-value}=0.74$)

สรุปและอภิปรายผล

โรงพยาบาลบ้านเขว้า ในช่วงวิกฤตโควิด 19 บุคคลากรทางการแพทย์มีภาวะสุขภาพจิต เครียด กังวล จากการสวมใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันโรค ตลอดเวลาซึ่งไม่สะดวกสบาย บางคนมีอาการซึมเศร้า มีปัญหาในการนอน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ไม่มีการประเมินสุขภาพจิตจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ต้องการขวัญกำลังใจจากผู้บริหาร

โรงพยาบาล ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน สุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ขึ้น มีวัตถุประสงค์ เพื่อดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตของบุคคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความปลอดภัย 2) สร้างความสงบ 3) สร้างความหวัง 4) ให้ความหวังโยเห็นใจ 5) ใช้ศักยภาพการบริหารจัดการของโรงพยาบาลให้เต็มที่ 6) สร้างความเข้มแข็งจากสายสัมพันธ์ มีผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง

ในระดับมากที่สุด จากนั้นนำไปทดลองใช้พบว่า บุคคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านเขว้า มีระดับภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมก่อนการทดลองใช้รูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก โดยมีภาวะสุขภาพจิตหลังการทดลองใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ความเครียด ความกังวล และอารมณ์เศร้าของบุคคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ มีความเครียดและกังวลระดับกลางถึง ผลกระทบของโควิด 19 ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง การดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลากรทางการแพทย์ดำเนินงานภายใต้รูปแบบของการ เพิ่ม

ความเข้มแข็งให้บุคลากรเหล่านี้ให้มีความรู้ มั่นใจ และทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 จัดหาอุปกรณ์ป้องกันต่างๆ ให้เพียงพอ เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่ติดเชื้อ และแพร่เชื้อให้สมาชิกในครอบครัว ให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ การปรับปรุงการจัดสรรอัตรากำลัง โดยเพิ่มเจ้าหน้าที่หมอนเวียนมากขึ้น มีการจัดตั้งทีมจิตแพทย์เพื่อประเมินและให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ พุดคุยเพื่อระบายความไม่สบายใจ ทำจิตบำบัดประคับประคอง รวมถึงให้ยาคลายกังวล ในรายที่มีความเครียดสูงเชื่อมโยงให้กำลังใจแผนกที่มีความเครียดสูง โดยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและผู้บริหาร มีการทำประกันภัยส่วนบุคคล กลุ่มโครงการติดเชื้อโควิด 19 และเบี้ยเลี้ยงภัยที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล^{5,6}

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization. 2001.
2. ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ. มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2563; 6(2), 467-485.
3. ชงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563; 28(4): 280-91.
4. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull. 1992; 112(1): 155-169.
5. พรนิภา หาญละคร และคณะ. ความเครียด ความกังวล และผลกระทบของบุคคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(4), 488-494.
6. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคคลากรทางการแพทย์ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563; 65(4): 400-408.

ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ ในผู้ที่เข้ารับการบำบัด โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

Effects of perceiving self-efficacy in relapse prevention after treatment among substance abusers, Ban Khwao hospital, Chaiyaphum province

วัชรพงษ์ กระบี่ศรี*
Watcharapong Krabisri*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำในผู้ที่เข้ารับการบำบัด โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ ประชากรเป็นผู้ใช้สารเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาโรงพยาบาลบ้านเขว้า จำนวน 115 ราย กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จำนวน 30 คน สุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า เป็นเพศชายและเป็นโสด ร้อยละ 90.00 มีอายุ 24 ปี ($\bar{X} \pm S.D. = 24.50 \pm 4.61$) (ร้อยละ 70.00) จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.00) รับจ้าง (ร้อยละ 26.67) และเป็นแรงงานทั่วไป (ร้อยละ 23.33) มีรายได้ไม่แน่นอนจนถึง ร้อยละ 86.67 มีผู้อาศัยร่วมกันในบ้าน 2-4 คน ร้อยละ 66.67 และบิดามารดาแยกกันอยู่หรือมีครอบครัวใหม่ ร้อยละ 60.00 ก่อนการใช้โปรแกรมผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm S.D. = 2.93 \pm 0.62$) หลังการใช้โปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก ($\bar{X} \pm S.D. = 4.44 \pm 0.36$) เพิ่มขึ้นแตกต่างกันมากกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (p-value= 0.01)

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตน, การกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

Abstract

This quasi - experimental research aimed to 1) study the effects of perceiving self-efficacy in relapse prevention after treatment among substance abusers in Ban Khwao hospital, Chaiyaphum province. Populations was 115 substance abusers in Ban Khwao hospital. Samples was determined to 30 substance abusers using simple

random sampling with drawing. The data were analyzed by percentage, arrhythmic mean, standard deviation, Dependent t-test. The result found that: 90.00% were male and single, 70% were age of 24 year ($\bar{X}\pm S.D.$ =24.50±4.61), 66.67 were graduated primary school, 40% were no career, 86.67% were non stable income, 66.67% were 2-4 family members, and 60.00% were separated parents or mew family. Before using program, after treatment substance abusers were moderate level ($\bar{X}\pm S.D.$ = 2.93±0.62) of perceiving self-efficacy and after were high level ($\bar{X}\pm S.D.$ = 4.44±0.36) increased statistically significant at 0.01 (p-value=0.01)

Keywords: Perceiving Self-Efficacy, Relapse Prevention

*พบ. โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตถูกจัดอยู่ในปัญหาด้านความมั่นคงที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับสำคัญเร่งด่วน ซึ่งถูกบรรจุอยู่ในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นความมั่นคง แผนย่อยการป้องกัน และแก้ไข ปัญหา ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคง ส่วนการรักษา ความมั่นคงภายในราชอาณาจักรและการพัฒนา ประเทศ โดยมี 5 มาตรการ คือ ความร่วมมือระหว่าง ประเทศ การปราบปราม และบังคับใช้กฎหมาย การ ป้องกันยาเสพติด การบำบัดรักษาเสพติด และการ บริหารจัดการอย่างบูรณาการ เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมั่นคง ปลอดภัยจากยาเสพติด อย่าง ยั่งยืน ด้วยการมีส่วนร่วมจาก ทุกภาคส่วนในสังคม และความร่วมมือระหว่างประเทศ” และเป็นแผนชี้นำ การขับเคลื่อน การแก้ไขปัญหายาเสพติด และลด ระดับปัญหาของการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างน้อย ร้อยละ

50 ภายใน 3 ปี และลดระดับของปัญหาจนไม่ส่งผล กระทบต่อการบริหารประเทศภายในปี พ.ศ. 2580¹ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการควบคุมกำกับ ด้านมาตรฐานการบำบัดและสนับสนุน องค์ความรู้ และวิทยากรในการบำบัดฟื้นฟู ผลทางร่างกายที่ได้รับ จากการเสพยาเสพติด ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จัดระบบบริการโดย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล ชุมชน โดยจัดให้มีบริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และ ลดอันตราย (Harm Reduction) จัดตั้งชมบำบัด (Matrix Program) จัดตั้งชมบำบัดในชุมชน โรงเรียน ในสถานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามบริบท ของพื้นที่ มีการจัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน การฝึกอาชีพและศึกษาต่อ รวมถึงการติดตามดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด เช่น เยี่ยมบ้าน เยี่ยมที่ทำงาน นัดพบที่สถานพยาบาล หรือติดตามจากบุคคลที่

นำเชื่อถือ เข้าใจการติดตามดูแลผู้เลิกยาเสพติดทางโทรศัพท์ กิจกรรมการติดตาม เช่น การสอบถามข้อมูลให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขปัญหา เสริมกำลังใจ แนะนำ ติดตามผลการเสพติดซ้ำ² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าสามารถจะกระทำพฤติกรรมบางอย่างในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ จะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ วิธีการคิด และกำหนดพฤติกรรมต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อควบคุมให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ การรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็นการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการทบทวนรายงานผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด ของ โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีร้อยละ 67.12, 47.90 และ 67.22 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น แยกเป็นผู้เสพ ร้อยละ 67.12, 47.90 และ 67.22 ตามลำดับ ผู้ติด ร้อยละ 67.12, 47.90 และ 67.22 ตามลำดับ โรงพยาบาลบ้านเขว้าเป็นองค์กร ที่ได้ทำการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่ ผู้วิจัย ในฐานะผู้บริหารของโรงพยาบาลบ้านเขว้า จึงได้ศึกษาถึงผลของการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำในผู้ที่เข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลบ้านเขว้า อันเป็นการป้องกันการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำและหาแนวทางป้องกัน

แก้ไขปัญหานั้นจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ ในผู้ที่เข้ารับการบำบัด โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -Experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร เป็นผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาโรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ ที่มีรายชื่อในข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล จำนวน 115 ราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen (Cohen, 1992) ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่าง

ง่ายด้วยการจับฉลาก คน เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้เป็นกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสถอนตัวจากการวิจัยสูง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1)

โปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านเขว้า 2) แบบสอบถามการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ที่เข้ารับการรักษาแล้ว มี 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนคนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ด้านความรู้สึกด้านความคิด ด้านการตั้งใจ ด้านพฤติกรรม) ด้านละ 5 ข้อ รวม 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การ

ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ด้านความสอดคล้องของโปรแกรมกับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้กับบุคคลคนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างหลัก จำนวน 1 คน ที่อยู่ในพื้นที่อื่นนอกพื้นที่วิจัย จากนั้นนำโปรแกรมมาปรับอีกครั้งให้สมบูรณ์ขึ้นเพื่อใช้จริง แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด

(5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) สร้างและกำหนดรูปแบบของคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) ที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายชื่อจำนวน 5 คน และค่าความเชื่อมั่น ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม รายชื่ออยู่ระหว่าง 0.62-0.80 พึงพอใจของแบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพจิตของตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ มีค่าเท่ากับ 0.74 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ที่ระดับ 0.72 ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ ใกล้เคียงกัน นำผลการทดลองใช้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ โดยให้ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 แปลความหมายเป็นระดับ มากที่สุด 3.51 - 4.50 เป็นระดับมาก 2.51 - 3.50 เป็นระดับ ปานกลาง 1.51 - 2.50 เป็นระดับ น้อย และ 1.00 - 1.50 เป็นระดับ น้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้

ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดชัยภูมิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแนวคิดเกี่ยวกับ
เสพสารเสพติด มาสังเคราะห์กำหนดขึ้นเป็น
โปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง ในการป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ
ในผู้ที่เข้ารับการบำบัด โรงพยาบาลบ้านเขว้า
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประสพการณ์ตนเองที่
ประสบความสำเร็จ 2) การได้เห็นประสพการณ์ของ
ผู้อื่น 3) การชักจูงให้ปฏิบัติ 4) การกระตุ้นความพึง
พอใจให้ปฏิบัติทางด้านร่างกายและอารมณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการการ

สอบถามของการวิจัยนี้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์
ด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์การ
แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank
Test (Shapiro-Wilk Test) ค่าสถิติอ้างอิงสำหรับ
การศึกษาผลการทดลองใช้โปรแกรมโดยเปรียบเทียบ
ผลการปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรม ก่อนและ
หลังการทดลองวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ dependent t-test
ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา

โรงพยาบาลบ้านเขว้า เป็นเพศชายมากถึง ร้อยละ
90.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 24 ปี ($\bar{X}\pm S.D.= 24.50\pm 4.61$)
(ร้อยละ 70.00) เป็นผู้มีสถานภาพโสด ร้อยละ 90.00
จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่สูงสุด ร้อยละ 66.67
ชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ
อาชีพ (ร้อยละ 40.00) รับจ้าง (ร้อยละ 26.67) และเป็น
แรงงานทั่วไป ร้อยละ 23.33 มีจำนวนรายได้ไม่
แน่นอนถึง ร้อยละ 86.67 โดยมีจำนวนคนที่อาศัยอยู่
ร่วมกันในบ้าน 2-4 คน ร้อยละ 66.67 และบิดามารดา
แยกกันอยู่หรือมีครอบครัวใหม่ ร้อยละ 60.00 ก่อน
การใช้โปรแกรมสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของ
ตนในการป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำในผู้ที่
เข้ารับการบำบัด มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในระดับปานกลาง ($\bar{X}\pm S.D.= 2.93\pm 0.62$) และหลังการ
ใช้โปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใน
ระดับมาก ($\bar{X}\pm S.D.= 4.44\pm 0.36$) (ตารางที่ 1) เพิ่มขึ้น
มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value=0.01), (Shapiro-Wilk,
p-value=0.66) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม (n=30)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อนทดลองใช้รูปแบบ		หลังทดลองใช้รูปแบบ	
	$\bar{X}\pm S.D.$	ระดับ	$\bar{X}\pm S.D.$	ระดับ
1. ด้านความรู้สึก	3.05±0.50	ปานกลาง	4.46±0.42	มาก
2. ด้านความคิด	2.48±0.61	น้อย	4.48±0.33	มาก
3. ด้านการจูงใจ	3.11±0.64	ปานกลาง	4.45±0.28	มาก
4. ด้านพฤติกรรม	3.08±0.72	ปานกลาง	4.37±0.23	มาก
เฉลี่ยรวม	2.93±0.62	ปานกลาง	4.44±0.36	มาก

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม (n=30)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	\bar{X}	S.D.	\bar{d}	$s\bar{d}$	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.93	0.62	1.51	0.33	29	4.58	0.01*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.44	0.36					

*p-value < .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา โรงพยาบาลบ้านเขว้าเป็นเพศชายและเป็นโสด มีอายุ 24 ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นแรงงานทั่วไป มีรายได้ไม่แน่นอนถึง มีผู้อาศัยร่วมกันในบ้าน 2-4 คน และบิดามารดาแยกกันอยู่หรือมีครอบครัวใหม่ ก่อนการใช้โปรแกรมผู้ใช้สารเสพติด ที่ผ่านการบำบัดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง และหลังการใช้โปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับมาก เพิ่มขึ้นแตกต่างกันมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

(p-value=0.01) สอดคล้องกับผลการศึกษา⁴ ที่พบว่า 1) เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในระดับมาก ($\bar{X}\pm S.D.$ =40.51±11.42) 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ สารเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 3.730, p-value<0.05) และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t_{(31,0.05)} = 2.04$), (Shapiro-Wilk, p-value=0.66) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.02, p-

value<0.05 และ $t=5.74$, $p\text{-value}<0.05$ ตามลำดับ) และสอดคล้องกับ ผลการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และมีการเปลี่ยนแปลงจากขั้นก่อนซึ่งใจเป็นขั้นปฏิบัติและขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษา โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยพระราชบัญญัติยาเสพติด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ที่เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังเข้าร่วม

โปรแกรมทันทีและระยะติดตาม 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองเสร็จสิ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเสพติดซ้ำหลังการทดลองเสร็จสิ้น สูงกว่ากลุ่มควบคุม และระยะติดตาม 1 เดือน หลังการทดลองเสร็จสิ้น กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันและกลับมาติดยาเสพติดซ้ำเช่นเดียวกันภายใต้กิจกรรมของโปรแกรมที่แตกต่างกันออกไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563-2565. กรุงเทพฯ, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2563.
2. บุรฉัตร จันทร์แดง. บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2560; 4(2), 37-56.
3. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull. 1992. 112(1), 155-169.
4. จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ และบุญเลี้ยง ทุมทอง. การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2565; 33(1), 212-223.
5. สุลวิงศ์ สนสุผล, สุรีย์จันทร์ โมลี และประภาเพ็ญ สุวรรณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดบุรีรัมย์. รมยสาร. 2561; 16(1), 208-223.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน ตำบลหนองปล่อง อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์

Effect of health promotion behaviors program of village health volunteers (VHV) overweight and obese subjects at Nhougphong sub-district, Chamni district, Buriram province

เสนห์ มีพวงผล*
Sane Meephougon*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน ตำบลหนองปล่อง อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ t-test for dependent กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก และการปฏิบัติตัวในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ, น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน, อ้วน, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of health promotion behaviors program of village health volunteers (VHV) overweight and obese subjects at Nhougphong sub-district, Chamni district, Buriram province that applied not only the self-efficacy but also social support, Buriram province. The sample were 60 overweight subjects and recruited with randomly. The data were analyzed by using descriptive statistics. Comparative analysis was conducted by using both the t-test for dependent and t-test for independent at the .05 level of significance. The result shown that the implementation of the health promotion behaviors program, the experimental group had significantly higher mean scores in regard to the perceived self-efficacy, the outcome of expectancies and the results of behavior modification for weight management than they did before the intervention (p-value < .05). In contrast, the experimental group had significantly lower the body mass index score than the

comparison group (p-value < .05) The finding indicated that the health promotion program was effective for weight control of village health volunteers (VHV) overweight and obese individuals

Keyword : Effect of health promotion behaviors, Overweight, Obese, Social support

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำนิ⁽²⁾ Chamni district public health office

บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal obesity) ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันบริเวณช่องเอวหรือช่องท้องปริมาณมากเกินไป ซึ่งไขมันเหล่านี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับ มีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ดี เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไขมันในหลอดเลือดสูง ผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง เป็นต้น ความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบร่วมกันได้บ่อย ได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ที่เป็กลุ่มอาการภาวะอ้วนลงพุง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น ซึ่งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดว่า กลุ่มอาการอ้วนลงพุง คือมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ที่กำหนด ในเพศชายตั้งแต่ 90 เซนติเมตร และในเพศหญิงตั้งแต่ 80 เซนติเมตร ร่วมกับมีความผิดปกติ 2 อย่าง จากจำนวน 4 อย่าง ได้แก่โรคอ้วน ไขมันในหลอดเลือดสูง และความดันโลหิตสูง แต่ถ้ารอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะยังเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคเบาหวานได้มาก 3-5 เท่า จากแผนพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.6 ในปี 2546-2547 เป็น

ร้อยละ 34.7 ในปี 2551-2552 และมีภาวะอ้วนลงพุงในเพศชายและในเพศหญิง) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.0 เป็น ร้อยละ 32.1

จากการสำรวจข้อมูลในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2558 (กระทรวงสาธารณสุข. 2558) พบผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานร้อยละ 20.29 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ปี 2558 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. 2558) พบผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานร้อยละ 19.88 จากการสำรวจข้อมูลในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำนิ ปี 2558 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำนิ. 2558) พบผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานร้อยละ 20.50 และจากรายงานการสำรวจข้อมูลผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานของตำบลหนองปล่อง ปี 2558-2560 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปราสาทพร. 2558-2560) พบผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 19.6, 21.3 และ 23.8 ตามลำดับ ประชาชนในตำบลหนองปล่อง อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ กำลังเผชิญกับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน ซึ่งจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งขาดการออกกำลังกาย

ดังนั้น การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการพัฒนาทักษะในการป้องกันภาชนะน้ำดื่มที่เกินมาตรฐาน โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดกระบวนการเรียนรู้ สร้างความรู้ รวมทั้งมีการกระตุ้นเตือนและการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพในผู้ที่มีน้ำดื่มที่เกินมาตรฐานและอ้วน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีน้ำดื่มที่เกินมาตรฐานและอ้วน ตำบลหนองปล่อง อำเภอชานี จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำดื่มที่เกินมาตรฐานและอ้วน ในเขตอำเภอชานี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 592 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปรับปรุงจาก การศึกษาของอัจฉรา คำเชื่อนแก้ว (2552) ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation :

S.D.) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ

dependent t-test Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการจัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจ การนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากกรวิจัยได้ ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 และ 80.00 ตามลำดับ มีอายุ ระหว่าง 35-55 ปี ($\bar{x} \pm S.D. = 47.13 \pm 4.690$) มีดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 28.12 และ 27.83 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 และ 86.67 ตามลำดับ มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 93.33 และ 90.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาทำไร่ ร้อยละ 90.00 และ 86.66 ตามลำดับ ในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีคนอ้วน ร้อยละ 70.00 และ 73.33 ตามลำดับ ช่วงเวลาที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรูปร่าง ท้วม/อ้วน คือ วัยกลางคน อายุ 35-55 ปี ร้อยละ 56.66 และ 60.00 ตามลำดับ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจากสามี/ภรรยา ร้อยละ 60.00

และ 63.33 ตามลำดับ ในครอบครัวตนเองส่วนใหญ่ เป็นผู้ประกอบอาหาร ร้อยละ 80.00 และ 76.66 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ไม่เคยลดความอ้วน ร้อยละ 80.00 และ 73.33 ตามลำดับ ส่วนวิธีวัดการลดความอ้วน พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะดูที่รูปร่างดีขึ้น ร้อยละ 63.33 และ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จะดูที่น้ำหนักลดลง ร้อยละ 56.66

การเปรียบเทียบผลการทดลอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมน้ำหนักความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการควบคุม น้ำหนักสูงกว่าการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < .05$) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง กว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < .05$) (ตารางที่ 1-2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการควบคุมน้ำหนักความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมน้ำหนักและการปฏิบัติตัว ในการควบคุมน้ำหนัก ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

รายละเอียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n = 30)							
การรับรู้ความสามารถตนเอง	2.44	0.30	2.83	0.07	-5.629	29	0.000*
ความคาดหวังในผลลัพธ์	2.72	0.30	2.98	0.18	-4.581	29	0.000*
การปฏิบัติตัว	2.23	0.43	2.64	0.27	-8.132	29	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)							
การรับรู้ความสามารถตนเอง	2.41	0.29	2.40	0.30	-0.645	29	0.524
ความคาดหวังในผลลัพธ์	2.70	0.33	2.68	0.32	1.439	29	0.161
การปฏิบัติตัว	2.25	0.36	2.23	0.34	0.492	29	0.626

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ดัชนีมวลกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n = 30)	26.25	5.75	26.59	3.03	5.502	29	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	28.19	2.21	28.14	2.21	0.982	29	0.334

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

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัว เกินมาตรฐานและอ้วน ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนการทดลอง และสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมดังนี้ การบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อ การชมวีดิทัศน์ การแจกคู่มือ การสร้างเสริมพฤติกรรมในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากตัวแบบที่สามารถลดน้ำหนักได้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่ม การอภิปรายผลดีจากการปฏิบัติตัว การสาธิตและฝึกจัดอาหารแลกเปลี่ยน การ

สาธิตและฝึกออกกำลังกาย การได้รับการกระตุ้นเตือนจากคู่ของตนเองและจากผู้วิจัย ที่ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1997) มาใช้ในการสร้างเสริม ให้กลุ่มทดลองที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน เชื่อว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ได้ รวมทั้งมีความคาดหวังในผลของการกระทำดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย สามารถ. (2559) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์การปฏิบัติตัวมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ สุภาพรทิพย์ กระโทก ,ธนิดา ผาติ เสนาะ (2563) พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง และสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 4 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ น้อยกว่าก่อน การทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมดังนี้ การบรรยายให้ความรู้

ประกอบสื่อ การชมวีดิทัศน์ การแจกรูปสื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากตัวแบบที่สามารถลดน้ำหนักได้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่ม การอภิปรายผลดีจาก การปฏิบัติตัว การสาธิตและฝึกจัดอาหารแลกเปลี่ยน การสาธิตและฝึกออกกำลังกาย การได้รับการกระตุ้นเตือนจากคู่มือของตนเองและจากผู้วิจัย ที่ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1997) มาใช้ในการสร้างเสริมให้กลุ่มทดลองที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน ตำบลช่องผกา อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ เชื่อว่าตนเองสามารถระทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ได้ รวมทั้งมีความคาดหวังในผลของการกระทำดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม นำไปสู่การลดลงของค่าดัชนีมวลกายเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานที่ได้รับกิจกรรมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองยาง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การกระตุ้นเตือนจากคู่มือของตนเองและจากผู้วิจัย เป็นต้น การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การแจกรูปสื่อการสร้างเสริมพฤติกรรม ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เป็นต้น การสนับสนุนทางเครื่องมือ เช่น การจัดหาสถานที่ออกกำลังกาย การจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นต้น การสนับสนุนทางด้านการประเมิน เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลย้อนกลับกับกลุ่มทดลอง เป็นต้น โดยการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะช่วยให้กลุ่มทดลองที่มีน้ำหนักตัว

เกินมาตรฐานและอ้วน ตำบลหนองปล่อง อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้นอันจะนำไปสู่การลดลงของค่าดัชนีมวลกาย สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ พันธุ์ศรี, จารุวรรณ ไตรทิพย์ สมบัติ. (2558) พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิชา เรียงเงิน (2560) พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1.1 การจัดกิจกรรมที่ให้กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นเตือนจากคู่มือตนเองซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนักให้ดีขึ้นด้วยการฟังเรื่องเล่าถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้มีประสบการณ์ที่สามารถลดการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานได้จนสำเร็จ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปรียบเทียบเรียนรู้และสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวตามได้

1.2 การติดตามเยี่ยมบ้านที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอจากผู้วิจัยโดยตรง ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีรูปแบบกิจกรรมด้านการออกกำลังกายที่หลากหลาย เพื่อให้กลุ่มทดลองได้พิจารณา

นำไปปฏิบัติตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน จะทำให้เกิดการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลการทดลองในระยะยาว เพื่อความต่อเนื่องและความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. สมศักดิ์ ศรีภักดี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นายณรงค์ พันธุ์ศรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว้า ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปราสาทพร และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปราสาทพร (2558-2560). รายงานการตรวจคัดกรองผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประจำปี 2558-2560. บุรีรัมย์ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านปราสาทพร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2558).แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยพ.ศ.2554-2563.ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2562,จากhttp://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. (2558). รายงานการตรวจคัดกรองผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ประจำปี 2558. บุรีรัมย์ : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำนิ. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. (2558). รายงานการตรวจคัดกรองผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ประจำปี 2558. บุรีรัมย์ : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชำนิ.
- ณรงค์ พันธุ์ศรี. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ.(2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และอ้วน ในตำบลเมืองยาง อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558. 8(4): 42-49.
- ศุภชัย สามารถ. (2559) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 40-49 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตำบลหนองกุงเขิน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2559: 23(3):34-45.
- นันทิชา เรียงเงิน (2560 ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายต่อค่าดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา.สาธารณสุขศาสตร์ มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ดิเรก อาสานอก. จารุวรรณ (2561) ไตรทิพย์สมบัติ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง ตำบลทุ่งกระเต็น อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2561: 24(2): 90-9.
- สุภาพร ทิพย์กระโทก,ธนิศา ผาติเสนะ (2563) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ตำบลช่อผกา อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์.สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

การพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

Development of information systems to support emergency response case of the coronavirus 2019 disease Outbreak in Phu Khieo district Chaiyaphum province

วัฒนา ดงนาวัง*
Wattana kongnawang*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิธีการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และผลการใช้ระบบสารสนเทศ ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - ธันวาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค จำนวน 15 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2,718 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบสอบถามแบบสอบถาม โดยการพัฒนาตามแนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ 4 ขั้นตอน แปลผลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบสารสนเทศ เน้นการนำเทคโนโลยีมาออกแบบ เพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้ ด้านการพัฒนาระบบ โดยการนำ Google form มาใช้ในการบันทึกข้อมูล 2 ระบบ คือ รายงานการระบาด และการสำรวจค้นหากลุ่มเสี่ยง มีการแจ้งเตือนในกลุ่ม มีการออกแบบฐานข้อมูลผู้ป่วย ฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และมีการออกแบบการแปลผลข้อมูลเป็นสถิติและกราฟ ด้านการถ่ายทอดเทคโนโลยี มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มตัวอย่างจนเกิดทักษะในการใช้ระบบได้เป็นอย่างดี ด้านการนำระบบไปใช้ มีการประเมินความคิดเห็น ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก และเห็นว่าเป็นระบบที่ดี ไม่ซับซ้อน สะดวก รวดเร็ว ส่งผลถึงการดำเนินงาน สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบสารสนเทศ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

Abstract

This research and development were to develop an information system to support the response to the Coronavirus disease 2019 emergency, and how to transfer technology to relevant public health officials and volunteers. and results of using information systems between January 2021 - December 2021, the sample was consisted of 15 staff responsible for disease control and 2,718 village health volunteers. Use development tools based on the concept of system development lifecycle, 4 steps. The data were used questionnaires on the use of information systems Interpret results with mean percentage and content analysis. The results of the study revealed

that the development of information systems emphasis on technology design to facilitate and support the operations as follows: System development by using google form to record 2 systems, namely outbreak reports. and surveys for risk groups There were notification in the group. The patient database design risk group database and designed to translate the data into statistics and graphs technology transfer Training workshops were organized for the sample groups until they develop skills in using the system very well. The implementation of the system opinions were evaluated most of them had a high level of satisfaction. and saw that it was a good system, not redundant, convenient, fast, resulting in the operation can effectively control the outbreak of coronavirus disease 2019 in the area.

Keywords: Information system development, Coronavirus disease 2019, Emergency response

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูล วันที่ 31 ธันวาคม 2563 จังหวัดชัยภูมิพบผู้ป่วยสะสม จำนวน 10 คน ซึ่งอำเภอภูเขียว มีจำนวนผู้ป่วยสะสมจำนวน 5 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2563) เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดมากที่สุด จึงได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นศูนย์บัญชาการตอบโต้สถานการณ์ ซึ่งอำเภอภูเขียว พบว่ายังไม่มีการนำสารสนเทศมาใช้สนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาการรายงานโรคและการรับรู้ข่าวสารล่าช้า การเฝ้าระวังความเสี่ยงโดยเฉพาะการสำรวจกลุ่มเสี่ยงสูงไม่เป็นระบบ และไม่ได้นำผลการสำรวจมาใช้ประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ ไม่มีการคืนข้อมูลและสื่อสารความเสี่ยงกับเครือข่ายและประชาชน การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยคำนึงถึงการปฏิบัติงานยุค New normal โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ (System

Development Life Cycle : SDLC) และประยุกต์ใช้ Google Apps และ Line Apps เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบสารสนเทศตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์คือเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาวิธีการถ่ายทอดเทคโนโลยีระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และศึกษาผลการใช้ระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2564 – ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค จำนวน 15 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2,718 คน

เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษาเป็นแบบสังเกต การมีส่วนร่วมและแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้ระบบสารสนเทศ โดยใช้ google form ขั้นตอนการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาาระบบ (System Development Life Cycle : SDLC) ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** โดยศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถิติผู้ป่วยและการระบาดของโรค ในเขตอำเภอภูเขียว ตลอดจนศึกษาวิธีการดำเนินงานในอดีต รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี เทคโนโลยีที่ใช้และแนวทางในการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการสนับสนุนการเฝ้าระวังและการเตือนภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. **การวางแผน (Planning Phase)** เปิด EOC เพื่อประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คั้นข้อมูลผลศึกษา และนำเสนอแนวทางในการพัฒนาแก่ผู้บริหาร ตลอดจนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในประเด็นการยอมรับและการมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่แผนงาน ความต้องการในระบบ และแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งมีกรใช้ทำงานร่วมกับ คณะกรรมการ พชอ. และ พชต.

3. **วิเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์ระบบ (Analysis Phase)** และออกแบบระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการใช้ระบบจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของระบบ โดยประยุกต์ใช้ Google Apps และ Line Apps

4. **สร้างและพัฒนา (Implementation Phase)**
 4.1 วิเคราะห์และออกแบบกระบวนการทำงานของระบบ วิเคราะห์และออกแบบฐานข้อมูล
 4.2 พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

4.3 ทดสอบระบบเพื่อหาข้อผิดพลาดกับกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 ปรับปรุงแก้ไขระบบให้ถูกต้อง และตรงตามความต้องการของผู้ใช้

4.5 ถ่ายทอดเทคโนโลยี โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งานระบบสารสนเทศให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง

4.6 ทดสอบระบบกับกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 และดำเนินการปรับปรุงระบบจนได้ระบบที่สมบูรณ์ที่สุด

4.7 นำระบบสารสนเทศไปใช้งานจริง

5. ประเมินระบบและสรุปผลการใช้งานระบบสารสนเทศ

5.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

5.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้ระบบสารสนเทศ โดยใช้ Google form ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค จำนวน 15 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2,718 คน ทุกคนแปลผลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ การพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาระบบ สามารถสรุปผลได้ ดังนี้ การพัฒนาระบบสารสนเทศในยุค New normal เน้นการนำเทคโนโลยีซึ่งเป็นของฟรีในยุคปัจจุบัน มาออกแบบ พัฒนาเพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 การออกแบบการบันทึกข้อมูล Online ด้วย Google form มี 2 ระบบ คือ 1) รายงานการระบาด โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค และการรายงานผลการตอบโต้ ตามมาตรการ และ 2)

การสำรวจกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบไร้กระดาษ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขใช้วิธีการสแกน QR Code เพื่อเข้าสู่ระบบ ทั้ง 2 ระบบมีการแจ้งเตือนเข้าในกลุ่ม Line หลังจากบันทึกด้วย Line Notify

1.2 การออกแบบฐานข้อมูล ด้วย Google sheet เพื่อเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วย และฐานข้อมูลการสำรวจกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุดและปลอดภัยตามพรบ.ข้อมูลข่าวสาร

1.3 การออกแบบเว็บไซต์ ด้วย Google site เพื่อนำเสนอสารสนเทศ และข้อมูลสนับสนุนด้านอื่นๆที่จำเป็นในการดำเนินงาน มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติและกราฟ ด้วย Google datastudio

2. ผลการถ่ายทอดเทคโนโลยี

มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระบบการรายงานโรคและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งผลการอบรมทำให้มีความรู้ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการใช้ระบบได้เป็นอย่างดี

3. ผลการนำระบบไปใช้

1. การประเมินความคิดเห็นต่อการใช้ระบบรายงานการระบาด ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) มีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบสารสนเทศภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก จากคะแนนเต็ม 5 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.46 ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าระบบมีความสะดวก รวดเร็ว สามารถควบคุมโรคให้ทันเวลา

2. การประเมินความคิดเห็นต่อการใช้ระบบการสำรวจกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 2,718 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.68) อายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 77.78) ระยะเวลาการเป็น อสม. 10-20 ปี (ร้อยละ

69.83) มีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบสารสนเทศภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก จากคะแนนเต็ม 5 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.30 ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าระบบมีความสะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และทำให้มีการควบคุมโรคได้ทันเวลา

สรุปและวิจารณ์

จากผลการดำเนินการวิจัย พบว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถพัฒนาและใช้ประโยชน์จากระบบได้จริง ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการใช้ประโยชน์ทั้งการรับรู้ว่าสารการส่งรายงาน การตอบสนอง และประเมินผล ส่งผลถึงการดำเนินงานควบคุมโรค 2019 ที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสนับสนุนการเฝ้าระวังในด้านสาธารณสุข เรื่องการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการสนับสนุนการเฝ้าระวังและการเตือนภัยโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม (มานิตา สองสี, 2559) ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวพบข้อดีของการนำสารสนเทศมาประยุกต์ใช้คือ ความรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ และการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เกี่ยวกับการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโดยชุมชน (ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, 2564)

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีการเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วนมากยิ่งขึ้น เช่น การดำเนินงานร่วมกับประชาชนในชุมชน ให้มีการ

ตระหนักถึงการเกิดโรคระบาด และแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และควรพัฒนาระบบสารสนเทศ ให้ครอบคลุมงานด้านสาธารณสุข หรือมีการเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว ให้สามารถทำงานไปด้วยกัน หรือใช้ฐานข้อมูลเดียวกันได้

2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีการประยุกต์ร่วมกัน Social network เนื่องจากปัจจุบันกลุ่มผู้เกี่ยวข้องมีการติดต่อประสานงานกันผ่านทาง Social network อยู่แล้วซึ่งส่วนมากจะเป็น Line ซึ่งระบบการบันทึกข้อมูล โดยใช้ Google form เป็นเรื่องใหม่ โดยเฉพาะกับอาสาสมัครสาธารณสุข จึงต้องใช้การเรียนรู้และฝึกทักษะในการใช้งานเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล และระบบ เป็นการบันทึกผ่าน Internet ทำให้บางครั้งมีปัญหาในการบันทึก เนื่องจากบางพื้นที่ไม่มีสัญญาณ Internet และการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการบันทึกข้อมูลทำให้

เอกสารอ้างอิง

1. มานิตา สองสี. ระบบสารสนเทศเพื่อการสนับสนุนการเฝ้าระวังและการเตือนภัยโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมกรณีศึกษาตำบลที่วัง อำเภอกงสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารควบคุมโรค 2559 ; 42:316-326.
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 รายพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province>
3. นเรศร์ บุญเลิศ. วงจรการพัฒนาแบบ (System Development Life Cycle :SDLC). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. วิทยาเขตพะเยา; 2556.
4. สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. การระบาดของไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในประเทศไทย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563; 10(1): 12-5.
5. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564 ; 30:490-499.
6. ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3). (2563). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

ข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงบางราย พยายามหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีการให้ข้อมูล

3. มีการนำระบบสารสนเทศสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น เพื่อการศึกษาผลการใช้และการปรับปรุงระบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นไป

4. มีการนำระบบสารสนเทศในส่วนการส่งข้อความสั้นในกลุ่ม Line ไปใช้สำหรับการส่งข่าวสารด้านอื่น ๆ เนื่องจากระบบมีความยืดหยุ่นเพียงพอต่อการใช้งานสำหรับการแจ้งเตือนข่าวสารในรูปแบบข้อความสั้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคด ที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง : กรณีศึกษา

Nursing care of sigmoid colon cancer patients who received laparoscopic surgery : Case study

เกศินี ชาวสวนแก้ว*
Kesinee chowsuankeo*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัวสำหรับประชาชนทั่ว ๆ ไป เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากเป็นอันดับ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตำแหน่งที่พบ ร้อยละ 65 - 70 อยู่ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนคด การรักษามีความยุ่งยาก วิธีการรักษาใช้ร่วมกันหลายวิธี เช่น ใช้การผ่าตัด ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลัก มี 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดผ่านกล้องมีความยุ่งยากซับซ้อนมีการใช้เครื่องมือพิเศษ ทันสมัย ใช้ทักษะและประสบการณ์สูง แต่ก็มีข้อดีหลายอย่าง อาทิเช่น แผลมีขนาดเล็กทำให้ลดความเจ็บปวดลดภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัด ใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง มีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดดีขึ้น ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ทำผ่าตัดผ่านกล้องและโรงพยาบาลชัยภูมิได้เริ่มเปิดให้บริการได้ พยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยดูแลผู้ป่วยจึงต้องศึกษาหาความรู้ และ ประสบการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาพยาบาลที่ดี จากที่กล่าวข้างต้นจึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคดที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อนำความรู้มาพัฒนางานบริการผ่าตัด ให้มีคุณภาพมากขึ้น กรณีศึกษาเป็นชายไทยอายุ 59 ปี มาด้วยอาการสำคัญ คือ ถ่ายอุจจาระปนเลือดสดๆ ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยโรคโดยการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทั้งหมด (CT whole abdomen) พบก้อนคล้ายมะเร็งขนาด 5.7 เซนติเมตร ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนคด ทำ Colonoscopy with biopsy พบตำแหน่งของก้อนห่างจากทวารหนัก 25 – 30 เซนติเมตร ผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งชนิด Adenocarcinoma แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคดผ่านกล้อง (Laparoscopic Sigmoidectomy) เริ่มศึกษาตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม 2565 พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ที่บ้าน

จากการให้การพยาบาลพบปัญหาหลัก คือ ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วย และเกิดภาวะอหิวาต์ภายหลังผ่าตัด ผู้ศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลจัดลำดับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเชื่อมโยงแต่ละขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้หลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดูแลตัวเองได้ ขอมรับการเจ็บป่วยได้ สามารถวางแผนการจำหน่ายหลังนอนรักษา 7 วัน และแพทย์นัดมาตรวจตามนัด ในวันที่ 3 มีนาคม 2565

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคด, การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนคดผ่านกล้อง, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

Abstract

Cancer was a terrible disease for the general public. It is the No.1 cause of death in Thailand. Colorectal cancer is the 3rd most common cancer of all cancers and is increasing every year. The location where 65-70% was found sigmoid colon. Treatment was difficult There were several methods of treatment used in combination, such as surgery, chemotherapy, and radiotherapy. Surgery was the main treatment. Laparoscopic surgery was complicated, using special tools, modern, highly skilled and experienced. But there were many advantages such as a smaller incision, reduce pain, reduce surgical incision complications. Shorter hospital stay quality of life after surgery has improved. Currently, the Ministry of public health has a policy to support laparoscopic surgery and Chaiyaphum hospital has begun to open for service. The operating room nurse, which is part of helping to take care of patients, therefore has to study and acquire knowledge and additional experience in order for patients to receive good medical outcomes from the foregoing, the researcher was interested in studying sigmoid colon cancer patients treated by laparoscopic surgery. To bring knowledge to develop more quality surgical services. A case study was a 59 years old Thai man whose main symptoms were fresh bloody stools and intermittent abdominal pain three months before coming to the hospital. Cancer-like lump measuring 5.7 cm in the croup of the colon. Colonoscopy with biopsy was found at the location of the lump 25-30 cm from the rectum. Adenocarcinoma doctors plan treatment for sigmoid colon cancer by laparoscopic surgery. The study began from February 19 – March 17, 2022. Operating room nurses provided nursing care for surgical patients divided into 3 stages: preoperative, surgical, and postoperative. Including giving advice on how to behave when returning to live at home.

From the nursing care, the main problem was that the patient was worried. due to lack of knowledge and understanding of illness and had hypothermia during surgery The researcher used the nursing process to systematically prioritize the nursing care of surgical patients to link each step. As a result, after nursing the patient safe patient without complications after surgery take care of yourself accepting illness Able to plan for discharge after 7 days of bed rest and a doctor's appointment for a check-up appointment on March 3, 2022

Keywords : Sigmoid colon cancer, Laparoscopic sigmoid colon surgery, Surgical nursing care

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากเป็นอันดับ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมด มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดขึ้นที่ผนังลำไส้จากติ่งเนื้อที่ยื่นออกมาและโตขึ้นเรื่อย ๆ จนเปลี่ยนสภาพเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็ง⁽²⁾ ตำแหน่งที่พบมากที่สุด ร้อยละ 65 – 70 อยู่ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนคด และลำไส้ตรง⁽⁹⁾ การรักษาโรคให้ได้ผลดี

ต้องเป็นการรักษาร่วมแบบสหสาขาวิชา ประกอบด้วย การผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา เป็นต้น โดยพิจารณารักษาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในตัวผู้ป่วยแต่ละราย การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดหากมีการตรวจพบก้อนเนื้อมะเร็ง ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย มี 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และการผ่าตัดผ่านกล้อง ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องได้รับการยอมรับว่ามีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยหลายอย่าง อาทิ ผลเสีย

ขนาดเล็กทำให้ลดความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อนของแผล ใช้เวลาพักฟื้นน้อยลง อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคต่ำลง⁽⁴⁾ เป็นการผ่าตัดที่กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมให้ทำผ่าตัด แต่การผ่าตัดผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ใช้เครื่องมือเฉพาะ มีการใช้กล้องร่วมกับการเปิดแผลขนาดเล็กที่หน้าท้อง และใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าช่องท้องเพื่อขยายพื้นที่ทำผ่าตัด บริเวณผ่าตัดอยู่ในที่คับแคบในอุ้งเชิงกราน ใช้เครื่องมือใส่เข้าไปและตัดเนื้อเยื่อเพื่อตัดก้อนมะเร็ง ออกรวมทั้งใช้เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ⁽²⁾ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา เช่น จากการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดทำให้เสียเลือดมากจนมีโอกาสเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้อง และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีควมวิตกกังวลสูง จากการขาดความรู้ในเรื่องโรคและการรักษา ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ มีทักษะและความชำนาญในเรื่องโรค การผ่าตัดรักษาและการพยาบาลเป็นอย่างดี

ขณะนี้โรงพยาบาลชัยภูมิได้เริ่มเปิดให้บริการผ่าตัด ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยเข้ารับบริการรวมทั้งหมด จำนวน 3 ราย⁽⁷⁾ ทำให้พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้ ความชำนาญเพิ่มเติม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจึงได้สนใจทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเรื่องนี้ เพื่อให้การพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และยังเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่ส่งเสริมให้ทำผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery)(MIS) ช่วยลดวันนอนโรงพยาบาลลดการแออัดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคดผ่านกล้อง และนำประสบการณ์จากการศึกษามาพัฒนางานบริการการผ่าตัดให้มีคุณภาพมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษารวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องจากตำราเอกสารวิชาการ งานวิจัย และเว็บไซต์ต่าง ๆ
2. คัดเลือกผู้ป่วยของโรงพยาบาลชัยภูมิที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 นำมาเป็นกรณีศึกษา แล้วรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย เวชระเบียน นำมาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ประเมินผลตามแผนสรุปผลการศึกษา และเผยแพร่ผลงาน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี 7 เดือน สถานภาพหย่าร้าง ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา มาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดสดๆ ปน ปวดท้องเป็นๆ หายๆ ท้องผูกสลับท้องเสีย และบางครั้งถ่ายเป็น จี๊ กระต่าย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยโรคโดยการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องทั้งหมด (CT whole abdomen) พบก้อนคล้ายมะเร็งขนาด 5.7 เซนติเมตรที่ลำไส้ใหญ่ส่วนคด ทำ Colonoscopy with biopsy พบตำแหน่งของก้อนห่างจากรูทวารหนัก 25 – 30 เซนติเมตร ผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งชนิด Adenocarcinoma แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคดได้วางแผนการ

รักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง นัดนอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565 แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/76 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่มีโรคประจำตัว คีโมสุราครั้งละครึ่งขวด กลม คีม 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์ สูบบุหรี่วันละ 5 – 6 มวน เป็นเวลา 15 ปี ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ชอบรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ อาหารรสจัด รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ อุจจาระค่อนข้างแข็ง ถ่าย 2 – 3 วันต่อครั้ง ไม่ชอบเล่นกีฬา มารดาผู้ป่วยมีประวัติเป็นมะเร็งที่คอ

รับไว้ในนอนโรงพยาบาล วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565

จำหน่ายทุเลา วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2565

การวินิจฉัยเบื้องต้น มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคด (Sigmoid Colon Cancer)

การผ่าตัด ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคดผ่านกล้อง (Laparoscopic Sigmoidectomy)

การตรวจพิเศษต่าง ๆ ตรวจ CT whole abdomen : Irregular circumferential bowel wall thickening involving sigmoid colon with pericolonic fat stranding measuring about 5.7 cm in length, probably colonic cancer.

ตรวจ Colonoscopy : Ulceroproliferative circumferential mass at sigmoid colon 25–30 cm form AV

ตรวจ Pathology sigmoid mass : moderated diff adenocarcinoma

การปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการ⁽⁵⁾

Complete blood count (CBC) - Monocyte สูง = 8 % (ค่าปกติ 2 – 6%) อาจมีการติดเชื้อเรื้อรังของหลอดเลือดในเนื้อเยื่อ - Eosinophil สูง = 8% (ค่าปกติ 0 – 6%) อาจมีสารก่อให้เกิดภูมิแพ้สูง หรืออาจจะมีมะเร็งเกิดขึ้น - MCH (Mean Cell Hemoglobin) สูง 26.2 Pg (ค่าปกติ 26 Pg) อาจมีเลือดออกเล็กน้อยเป็นเวลานาน หรือมีแผลในระบบทางเดินอาหาร อาจเกิดจากมะเร็งที่ทำให้มีเลือดออกภายในระบบทางเดินอาหาร

Total liver function test - Direct Bilirubin สูง 0.4 mg/dl (ค่าปกติ <0.3 mg/dl) ค่าที่สูงขึ้นแสดงถึงท่อน้ำดีภายในหรือภายนอกตับเกิดการอุดตัน เช่น เป็นนิ่ว ตับแข็ง โรคตับจากการดื่มแอลกอฮอล์ มะเร็งตับ เป็นต้น INR สูง 1.1 นาที (ค่าปกติ 1 นาที) แสดงถึงเลือดมีการแข็งตัวช้ากว่าปกติ - CEA ค่า (Carcinoembryonic Antigen) สูง 4.112 ng/ml (ค่าปกติน้อยกว่า 4 ng/ml) มักสูงผิดปกติในผู้ป่วยมะเร็งชนิด Adenocarcinoma ของระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่

แผนการรักษาของแพทย์

19 กุมภาพันธ์ 2565 : Sat OR

Laparoscopic Sigmoidectomy, Lactulose Syrup 30 ml PO ก่อนนอน

20 กุมภาพันธ์ 2565 : Liquid diet ทั้งวัน, Niflec (Macrogal) 1 ซอง ผสมน้ำ 2000 ml ค่ำเวลา 18.00 – 20.00 น., 5% D/N/2 1000 ml iv drip 80 ml/h (20-24 ก.พ. 65) , Retained Foley catheter, Ceftriaxone 2 g iv และ Metronidazole 500 mg iv ไป OR, ส่วน Unison Enema เข้าวันผ่าตัด

21 กุมภาพันธ์ 2565 : Post op care, Mo (Morphine sulfate) 3 mg iv prn ทุก 6 h (21-22 ก.พ. 65), Plasil (Metoclopramide) 10 mg iv prn ทุก 6 h (21-26 ก.พ.), ดื่มน้ำได้, Urine 1 ชม. Keep \geq 300

ml, Dressing wound OD, Ceftriaxone 2g iv OD 7 วัน, Metronidazole 500 mg iv ทุก 8h 7 วัน, Paracetamol 500mg 2 tab prn ทุก 6 h, Naproxen Tab 250 mg 1x2 pc Stat, Losec (Omeprazole) Cab 20 mg 1x2 ac

22 กุมภาพันธ์ 2565 : เวลา 10.00 น. Keep Urine \geq 300 ml/8 h, off Foley catheter, เวลา 20.00 น. Pethidine 50 mg iv prn ทุก 6 h (22 – 26 ก.พ.65), Liquid diet (22 – 23 ก.พ.65), Tramadol Cap 50 mg 1x3 pc, Mydocalm (Tolperisonehydrochloride) Tab 1x3 pc

24 กุมภาพันธ์ 2565 : Try Soft Diet งดผักผลไม้ (24 – 26 ก.พ.65) เริ่มรับประทานได้ off iv

26 กุมภาพันธ์ 2565 : D/C สอน Record Drain, F/U OPD 3/3/65, HM. Cefspan 100 mg 2x2 pc/20, Metronidazole 200 mg 2 x3 pc/30, Tramadol 50 mg 1x3 pc/20, Domperidone 10 mg 1x3 ac/20, Naproxen 250 mg 1x2 pc/10

กระบวนการพยาบาล⁽⁶⁾⁽⁸⁾

1. ระยะก่อนการผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความกลัว เรื่องโรค การผ่าตัด และขาดความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มบอกกล่าวและไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดรักษา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ความกลัว ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ ถูกต้อง

กิจกรรมพยาบาล

1. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน และเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 1 วัน เพื่อแนะนำตัว สร้างความไว้วางใจ พร้อมประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลไปวางแผนให้การพยาบาล

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัดผ่านกล้อง พอสังเขป การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เตรียมระบบลำไส้ รับประทานอาหารเหลว ตลอด 1 วันก่อนผ่าตัด ดื่ม Niflec 1 ของผสมน้ำ 2000 มิลลิลิตร เวลา 18.00 – 20.00 น. งดน้ำ-อาหารหลังเที่ยงคืน สวน Unison Enema เข้าวันผ่าตัด เตรียมความสะอาดร่างกาย ถอดเก็บฟันปลอม เครื่องประดับ โกนขนบริเวณที่จะทำการผ่าตัด รัศมีห่างจากบริเวณที่จะทำการผ่าตัด 8–12 นิ้ว

3. แนะนำบรรยากาศที่ห้องผ่าตัด การพยาบาลที่จะได้รับเมื่อไปถึงห้องผ่าตัด

4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สอนการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกาย (Early ambulation)

5. อธิบายให้ทราบ การผ่าตัดอาจต้องเปลี่ยนเป็นแบบผ่าตัดเปิดหน้าท้องเช่น ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมภาวะเลือดออกได้

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ ถูกต้อง

สรุป ปัญหานี้เกิดขึ้น ได้รับการแก้ไขได้บางส่วน และยังคงเฝ้าระวังตลอดการรักษา

2. ระยะผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิดผ่าตัด และผิดแพทย์

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ตึกอำนวยการชั้น 5 เปิดให้บริการจำนวน 5 ห้อง มีแพทย์ใช้งานหลายสาขา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอุบัติการณ์การผ่าตัด ผิดคน ผิดชนิดผ่าตัด และผิดแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องนอนรอผ่าตัด สอบถามชื่อ นามสกุล โดยให้ผู้ป่วยตอบเอง ให้ตรงกับป้ายข้อมือ และเวชระเบียน สอบถามโรค ชนิดการผ่าตัด แพทย์ที่ทำการผ่าตัด ตรวจสอบใบยินยอมการรักษา

2. เมื่อย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดมีการทำ Sign in, Time out เพื่อยืนยันตัวผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด แพทย์ที่ทำการผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์ วัสดุยาพยาบาล ทีมพยาบาลผ่าตัด ก่อนเริ่มผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการผ่าตัดที่ถูกต้อง ถูกชนิดการผ่าตัด ถูกแพทย์

สรุป ปัญหาไม่เกิดขึ้น

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดใช้ทำขึ้นขาหยังเป็นเวลานาน 5 ชั่วโมง อาจเกิดการกดทับปุ่มกระดูกบริเวณหลัง สะบัก และก้นกบ ข้อพับเข้า กดทับเส้นประสาทบริเวณสะโพก และข้อเข่าได้ การผ่าตัด มีการปรับท่าเตียงด้านซ้ายขึ้น ศีรษะต่ำ ผู้ป่วยมีโอกาสเลื่อนตำแหน่งหรือตกเตียงผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดแผลกดทับ ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก ข้อพับเข้า การบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ และเส้นประสาท

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้จัดทำให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานและเหมาะสมกับขนาดร่างกาย น้ำหนักตัว สภาพผิวหนัง อายุผู้ป่วย จัด

ท่าด้วยความระมัดระวัง โดยยกต้นขาและงอเข่าเล็กน้อย ไม่ควรกางขาเกิน 45 องศา อาจเกิดการบาดเจ็บต่อ Femoral nerve และ Sciatic nerve ไม่ควรยกต้นขาสูงเกิน 30 องศา เข่งอ 70 องศา แขนข้างขวาแนบลำตัว ใช้ผ้าห่อแขนถึงนิ้วมือ ใช้ฟ้านุ่มรองปุ่มกระดูก ดูแลไม่ให้หัวเข่าถูกกดทับ อาจเกิดการกดทับ Common peroneal nerve ใช้พลาสติกห่อผ้าเหนียวขนาด 2 นิ้ว ยึดบริเวณหน้าอกผู้ป่วยให้ติดกับเตียง เมื่อเสร็จการผ่าตัดยกขาผู้ป่วยลงช้าๆ พร้อมกันทั้ง 2 ข้าง เนื่องจากทำขึ้นขาหยังนานๆ ทำให้มีเลือดคั่งบริเวณอุ้งเชิงกราน เมื่อยกขาจะก่อให้เกิดแผลกดทับที่ขาอย่างรวดเร็ว ทำให้ความดันเลือดลดลงได้

การประเมินผล หลังผ่าตัดไม่เกิดแผลกดทับ และการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ เส้นประสาท

สรุป ปัญหาไม่เกิดขึ้น

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียงในขณะที่ผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกราน มีพื้นที่คับแคบ อวัยวะข้างเคียง เช่นลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ เยื่อแวนลำไส้ อยู่ใกล้ชิดกันมากทำให้มีความยากลำบากในการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง

กิจกรรมการพยาบาล เตรียมและตรวจสอบเครื่องมือทำผ่าตัดให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งาน พยาบาลผู้ช่วยแพทย์ ช่วยด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล เอาใจใส่การทำผ่าตัดตลอดเวลา ผู้ถือกล้องดูแลกล้องให้ชัดเจนและส่งให้เห็นบริเวณที่ทำการผ่าตัดตลอดเวลา

การประเมินผล หลังผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออวัยวะข้างเคียง

สรุป ปัญหาที่ไม่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขทั้งหมดไป

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้การจี้ไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องใช้การจี้ไฟฟ้าห้ามเลือดแทนการใช้เย็บไหมผูกการใช้จี้ไฟฟ้า อุปกรณ์ประกอบด้วย เครื่องจี้ไฟฟ้า แผ่นลื่อนนำไฟฟ้า และสายจี้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้จี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล เนื้อเยื่อ อวัยวะต่างๆ ผิวหนัง ของผู้ป่วยไม่ได้รับการบาดเจ็บจากการใช้จี้ไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้า สายจี้ไฟฟ้า แผ่นลื่อนนำไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งาน ไม่ติดแผ่นลื่อนนำไฟฟ้าบริเวณที่เปียกชื้น มีขนมาก ปุ่มกระดูก และบริเวณแผลเป็น ให้ติดบริเวณที่มีกล้ามเนื้อมากใกล้ตำแหน่งผ่าตัด เช่น ต้นขาหรือน่อง ระวังไม่ให้บริเวณผ่าตัดเปียกชื้น ตรวจสอบไม่ให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสลื่อนนำไฟฟ้า เช่น

เครื่องประดับ เติง อุปกรณ์จัดทำ หลังผ่าตัดประเมินบริเวณที่ติดแผ่นลื่อนนำไฟฟ้าว่ามีรอยแดงไหม้หรือไม่

การประเมินผล หลังผ่าตัดไม่เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ไม่พบรอยแดงไหม้บริเวณติดแผ่นลื่อนนำไฟฟ้า

สรุป ปัญหาที่ไม่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขทั้งหมดไป

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ถ้าใส่ใหญ่ส่วนคนเป็นอวัยวะที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงจำนวนมาก โดยเฉพาะเส้นเลือดใหญ่ คือ inferior mesenteric artery, superior

mesenteric artery, aorta และใกล้กับอวัยวะสำคัญ เช่น ท่อไต การผ่าตัดใช้เวลานาน 5 ชั่วโมง

เกณฑ์การประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบสภาพเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่อง Harmonic scalpel Endo clip เครื่องดูดของเหลว ให้พร้อมใช้งาน ประเมินการสูญเสียเลือด สัญญาณชีพผู้ป่วย ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันเวลาที่จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดแบบเปิดหน้าห้องให้พร้อมใช้งาน

การประเมินผล ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 50 ซีซี ชีพจร 80 – 90 ครั้งต่อนาที

สรุป ปัญหาที่ไม่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขทั้งหมดไป

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercapnia)

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดใช้แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ความดันเท่ากับ 15 mmHg ใส่เข้าช่องท้องนาน 5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล ขณะทำผ่าตัดไม่เกิดภาวะ หน้าแดง เล็บเขียว เหงื่อออกมาก ไม่พบภาวะ Subcutaneous Emphysema ค่า End tidal CO₂ ระหว่างการผ่าตัดเท่ากับ 35 - 40 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้ระดับความดันเครื่องจ่ายแก๊ส CO₂ อยู่ในระดับที่เหมาะสม ช่วงแรกของการผ่าตัดที่เริ่มใส่แก๊สใช้อัตรา 3 ลิตรต่อนาทีจนความดันในช่องท้องอยู่ในระดับคงที่จึงปรับความดันเครื่องจ่ายแก๊ส CO₂ เท่ากับ 15 mmHg ขณะทำการผ่าตัด สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ผิดปกติร่วมกับวิสัญญี อาทิ หน้าแดง เล็บเขียว เหงื่อออกมาก

ตัวเซ็น สัญญาค่า End-tidal CO₂, ภาวะ Subcutaneous Emphysema ประสานงานกับวิสัญญีและแพทย์ลดอัตราการใส่แก๊สกรณีที่ผู้ป่วยมีค่า End-tidal CO₂ ที่สูงมากเกิน 40 mmHg

การประเมินผล ขณะทำผ่าตัดไม่เกิดภาวะ หน้าแดง เล็บเขียว เหงื่อออกมากไม่พบภาวะ Subcutaneous Emphysema ค่า End tidal CO₂ ระหว่างการผ่าตัดเท่ากับ 35 - 40 mmHg

สรุป ปัญหานี้ไม่เกิดได้รับการแก้ไขหมดไป
วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ อุณหภูมिर่างกายต่ำ (Hypothermia)

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องใช้เวลานาน 5 ชั่วโมง อุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ระหว่าง 18 - 24°C ผู้ป่วยมีอายุ 59 ปี 7 เดือน ซึ่งถือว่ามียุมาก

จากข้อมูลทั้ง 2 ข้อ ที่กล่าวมา เป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอุณหภูมिर่างกายต่ำ จะส่งผลให้เกิด Shivering ซึ่งภาวะนี้จะทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 400 - 500 อาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ฟันตัวจากยาสลบชา⁽³⁾

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมिर่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยอุณหภูมिर่างกายไม่ต่ำกว่า 36°C ไม่เกิดอาการ Shivering ปลายนิ้วมือ นิ้วเท้าไม่มีสีคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล ห่มผ้าให้ความอบอุ่นตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดพร้อมประเมินภาวะอุณหภูมिर่างกาย เมื่อเข้าห้องผ่าตัดใช้ Bair hugger คลุมบริเวณหน้าอก สวมถุงเท้าที่เท้าทั้งสองข้าง ใช้ผ้าอุ่นห่อแขนทั้งสองข้าง การปูผ้าคลุมผ่าตัดเปิดเฉพาะบริเวณที่จะทำการผ่าตัดเท่านั้น ไม่เปิดเผยร่างกายโดยไม่จำเป็น การล้างท้องให้ใช้ Normal saline อุณหภูมิห้อง

ระมัดระวังไม่ให้เกิดการเปียกชื้น เฝ้าระวังสัญญาณชีพร่วมกับวิสัญญีพยาบาล ดูแลอุณหภูมิร่างกายไม่ให้ต่ำกว่า 36°C หลังผ่าตัดเสร็จให้รีบเช็ดทำความสะอาดผู้ป่วยด้วย Swab ขุนน้ำอุ่น และเช็ดตามด้วยผ้าแห้งอีกครั้ง

การประเมินผล อุณหภูมिर่างกายอยู่ระหว่าง 34.8 - 36°C และมีภาวะ Shivering แต่ปลายนิ้วมือนิ้วเท้าไม่มีสีคล้ำ

สรุป ปัญหานี้เกิดขึ้น แต่ได้รับการแก้ไขให้หมดไป ผู้ป่วยปลอดภัย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายจากการทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดใช้ gauze 20 ชิ้น ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อซับเลือด เครื่องมือผ่าตัดทางกล้องแต่ละชิ้นประกอบด้วยชิ้นส่วนเล็กๆ การใช้ไฟฟ้า, Endo clip อาจมีชิ้นส่วนเล็กๆ คราบเขม่า เศษชิ้นเนื้อเยื่อ และลูก clip หล่นติดค้างในช่องท้อง

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล เครื่องมือ และ gauze ที่ใช้ก่อนและหลังผ่าตัดมีจำนวนเท่ากันและอยู่ในสภาพสมบูรณ์เหมือนเดิม

กิจกรรมการพยาบาล ก่อนผ่าตัดมีการตรวจนับเครื่องมือต่างๆ gauze และจذبันติกไว้ ก่อนและหลังผ่าตัดตรวจสอบเครื่องมือให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์ ไม่มีรอยแตกหัก ไม่มีชิ้นส่วนใดหลุดหายไปและมีจำนวนเท่ากัน ก่อนการเย็บปิดแผล ขณะทำการผ่าตัดถ้ามีคราบเขม่า หรือเศษเนื้อเยื่อติดปลายเครื่องมือ ให้ใช้ gauze ขุนน้ำเช็ดออก

การประเมินผล เครื่องมือ และ gauze ที่ใช้ก่อนและหลังผ่าตัดมีจำนวนเท่ากันและอยู่ในสภาพสมบูรณ์

สรุป ปัญหานี้ไม่เกิดขึ้น

3. ระยะหลังผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลบริเวณหน้าท้อง 5 แผล บอกปวดแผลผ่าตัด คิวขมวด ไม่อึด ไม่ค่อยขยับร่างกาย หลังการผ่าตัด 2 วันแรก ประเมินระดับความเจ็บปวด Pain score อยู่ในระดับ 5 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล และผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล หลังผ่าตัดผู้ป่วยบอกปวดแผลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น Pain score อยู่ในช่วง 1 - 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล สอนผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือ Numerical rating scale ซึ่งมีค่าคะแนนความเจ็บปวด 0 - 10 ค่าประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยเท่ากับ 4 - 5 คะแนน ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Mo 3 mg iv prn ทุก 6 ชั่วโมง (ถ้า pain score มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์) ดูแลจัดทำอนิธิระสูง แนะนำให้ใช้มือกุมประคองแผลเมื่อมีการไอหรือจาม อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะไม่สุขสบายที่เกิดจากการผ่าตัดด้วยคำพูดที่นุ่มนวลให้กำลังใจผู้ป่วย การช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วย ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด

การประเมินผล ผู้ป่วยบอกอาการปวดแผลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น Pain score หลังได้รับยาแก้ปวดเท่ากับ 2 - 3 คะแนน

สรุป ปัญหานี้เกิดขึ้นได้รับการแก้ไข แต่ยังคงมีปัญหาอยู่ ได้ให้การพยาบาลตลอดเวลาที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องและแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด จำนวน 5 แผล ที่บริเวณหน้าท้อง มีท่อระบาย 1 เส้น ผ่าตัดใช้เวลานาน 5 ชั่วโมง การผ่าตัดมีการเปิดลำไส้และภายในลำไส้มีแบคทีเรียมาก แบคทีเรียอาจทำให้เกิดรอยรั่วที่รอยต่อลำไส้ได้ อาจเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง และส่งผลให้แผลผ่าตัดกลายเป็น Contaminate wound (แผลปนเปื้อน)

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้องและที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องตึงโป่งขึ้น สารคัดหลั่งเป็นสีขาวไม่มีกลิ่นเหม็นเหมือนอุจจาระ แผลแห้งดีไม่มีอาการบวมแดง ไม่มี Discharge อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.7 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ใช้หลัก Aseptic technique ในการดูแลแผล ประเมินการติดเชื้อโดยสังเกตอาการบวมแดงรอบๆ แผล สารคัดหลั่งที่ซึมจากแผล อาการปวดท้อง ท้องตึงโป่งขึ้น บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หากผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติร่วมสังเกตอาการ
2. เครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่ใช้ทำการผ่าตัดต้องมี Indicator ที่แสดงว่าผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยต้องอยู่ในระดับ Accept ได้ทั้ง External Chemical Indicator (ติดอยู่ภายนอกหีบห่อ) และ Internal Chemical Indicator (อยู่ภายในห่อเครื่องมือ) และเครื่องมือไม่หมดอายุก่อนเปิดใช้งาน
3. จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการผ่าตัดตามหลัก Sterile Technique อย่างเคร่งครัด
4. ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยา 7.5% Povidone Iodine Scrub แล้วทาด้วยน้ำยา 10% Povidone Iodine solution 2 รอบ จึงปลุกคลุมผ้าผ่าตัดที่

ปิดคอเชือก หลังตัดลำไส้ส่ง gauze ชุบน้ำยา 10%

Povidone Iodine solution ให้แพทย์เช็ดลำไส้

5. ดูแลให้ได้รับยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone 2 g vein และ Metronidazole 500 mg vein ก่อนเริ่มผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องตึงโป่งขึ้น สารคัดหลั่งสีขาวไม่มีกลิ่นเหม็น แผลแห้งดีไม่มีไข้

สรุป ปัญหาที่ยังไม่เกิด แต่มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตลอดการนอนโรงพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สุขสบายจากภาวะท้องอืด แน่นท้อง หลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดมีการรบกวนลำไส้ตลอด และใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในท้องนาน 5 ชั่วโมง การผ่าตัดใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ซึ่งการใช้ยาระงับความรู้สึกจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของลำไส้ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวเพื่อขับน้ำและอาหารช้าลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล มีความวิตกกังวล ซึ่งอาการทั้ง 2 จะทำให้ลำไส้มีการทำงานลดลงอาจเกิดอาการท้องอืด แน่นท้องได้⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่เกิดภาวะท้องอืด แน่นท้อง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำอนศิริษะสูงประมาณ 45 องศา
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ลูกนั่ง และลุกเดิน
3. หลังการผ่าตัดเสร็จ พยาบาลทำการได้แก๊สที่ใส่เข้าไปในช่องท้องออกให้หมด โดยการกดเบาๆ ให้ทั่วๆ หน้าท้อง เมื่อหน้าท้องยุบเป็นปกติจึง

ถอด Port ออก เมื่อถอด Port ออกหมด ให้กดหน้าท้องไล่แก๊สซ้ำอีกครั้งก่อนเข็บบิดแผล

4. แนะนำผู้ป่วยให้ทำความสะอาดช่องปากและฟัน เพราะจะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร ซึ่งจะส่งผลไปกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

5. ดูแลให้ได้รับยาลดกรด Losec (20) 1 x 2ac ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดูแลเริ่มให้จิบน้ำได้โดยถ้าผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ให้ Step Diet ตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากอาหารจะไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนจากกระเพาะอาหารที่กระตุ้นการทำงานของลำไส้

การประเมินผล หลังผ่าตัดผู้ป่วยบอกรับไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้อง

สรุป ปัญหาไม่เกิด แต่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยถามว่ามีอาหารแสลงโรคที่เป็นหรือไม่ ต้องดูแลตัวเองอย่างไร

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด ดูแลท่อระบาย กระเพาะรับสารคัดหลั่ง รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง รับประทานอาหารอ่อน งดผักผลไม้จนถึงวันนัด นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ประมาณ 8 - 10 ชั่วโมงต่อวัน งดสูบบุหรี่หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีส่วนผสมของคาเฟอีน หลีกเลี่ยงไปที่ชุมชน ถ้าเสี่ยงไม่ได้ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา มาตรวจตามนัดในวันที่ 3 มีนาคม 2565 เพื่อตัดไหม และเอาท่อระบายออก อาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น แผล

อีกเสบ บวมแดง มีน้ำค้ำยหนองไหลออกมา สารคัดหลั่งมีสีขุ่น และมีไข้ อธิบายให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมาตรวจรักษาต่อเนื่อง

การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

สรุป ปัญหา ได้รับการแก้ไขให้หมดไป

การพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย โดยการวางแผนการจำหน่าย D-METHOD ดังนี้

1. D-Diagnosis/Disease (การวินิจฉัย/โรค) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคด สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การตรวจคัดกรองโรค การรักษาถ้าหากญาติหรือคนในชุมชนมีปัจจัยเสี่ยงควรแนะนำให้มาตรวจคัดกรองมะเร็ง ถ้ามีอาการคล้ายโรคมะเร็งลำไส้ให้รีบไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค และทำการรักษาต่อไป

2. M-Medicine (ยาที่ได้รับกลับไป) รับประทานต่อที่บ้าน ให้ความรู้ ดังนี้ 1) Cefspan 100 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เย็น เป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รับประทานให้หมด 2) Metronidazole 200 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รับประทานให้หมด 3) Tramadol 500 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เป็นยาบรรเทาอาการปวด 4) Domperidone 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร โดยรับประทานก่อนอาหาร 15 นาที

3. E-Environment & Economic (การจัดการ) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการทำงานที่เหมาะสม) แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดน่าอยู่อาศัย อากาศถ่ายเทสะดวก จะทำให้อารมณ์แจ่มใส และป้องกันแผลติดเชื้อ

4. T-Treatment (การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล) แพทย์พิจารณาให้กลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้ ผู้ป่วยแผลยังไม่ได้ตัดไหมและถอดท่อระบาย แนะนำผู้ป่วยให้ทำแผลทุกวัน ดูแลท่อระบายไม่ให้หักงอหรือเลื่อนหลุด สังเกตสารคัดหลั่ง จดบันทึกปริมาณสารคัดหลั่งทุกวัน

5. H-Health (การดูแลสุขภาพ) แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ที่บ้าน อาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น แผลอักเสบ บวมแดง มีน้ำค้ำยหนองไหลออกมา สารคัดหลั่งมีสีขุ่น และมีไข้ วันแรกๆ อาจมีอาการปวดแผล ควรเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 8 - 10 ชั่วโมงต่อวัน หลีกเลี่ยงพบปะผู้คนจำนวนมาก ถ้าเลี้ยงไม่ได้ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคต่างๆ รวมทั้ง COVID- 19 ได้ด้วย งดสูบบุหรี่หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือมีส่วนผสมของคาเฟอีน

6. O-Out patients/Referral (การมาตรวจตามแพทย์นัด) มาตรวจตามแพทย์นัดในวันที่ 3 มีนาคม 2565 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ เวลา 08.00 - 16.00 น.

7. D-Diet (อาหารที่รับประทาน) ให้รับประทานอาหารอ่อน งดผักผลไม้จนถึงวันที่ 3 มีนาคม 2565 หลังจากนั้นถ้าไม่มีอาการผิดปกติให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นรับประทานอาหารโปรตีนย่อยง่าย เช่น ปลา รับประทานอาหารมีกากใยสูง เช่น ผักผลไม้สดอาหารหมักดอง

สรุป

ผู้ป่วยหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาที่วางไว้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วยดี ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารได้ ไม่ปวดท้อง ท้องไม่อืด แผลแห้งดี ปวดแผล

เล็กน้อย สารคัดหลั่งสีขาวออก 40 มิลลิลิตร อุจจาระ สีเหลือง ไม่มีเลือดปน แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ จึงอนุญาตให้กลับบ้านหลังนอนรักษา 7 วัน และนัดมาตรวจติดตามอาการ ตัดไหม และถอดท่อระบาย ในวันที่ 3 มีนาคม 2565 ที่ห้องตรวจศัลยกรรม การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบผู้ป่วยสดชื่นดี หลังตัดไหม และถอดท่อระบาย แผลแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่งซึม แพทย์นัด 2 อาทิตย์เพื่อมาฟังผลชิ้นเนื้อ ผลชิ้นเนื้อ PT3N0M0 Stage 2 แพทย์วางแผนให้ยาเคมีบำบัดสูตร Mayo regimen x 6 cycle เริ่มให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ในวันที่ 21 มีนาคม 2565 ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยดังนี้

การเตรียมตัวก่อนมารับยา⁽¹⁾ พักผ่อนให้เพียงพอ แพทย์จะตรวจเลือดเพื่อคุ้ระดับเม็ดเลือดก่อนทุกครั้ง รับประทานอาหารได้ตามปกติ วันที่มารับยามีไข้ต้องแจ้งแพทย์ก่อนทุกครั้ง

ข้อควรระวังระหว่างรับยา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยทุกรายจึงจะได้รับยาฉีดป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนรับยาเคมีบำบัดประมาณ 30 นาที ยาเคมีบำบัดทุกชนิดอาจทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ หากรู้สึกแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น เวียนศีรษะ หายใจติดขัด ต้องแจ้งพยาบาลทันที ยา 5-FU อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเป็นแผลในปาก ผู้ป่วยทุกรายจึงควรได้รับการป้องกันโดยการให้ออมน้ำแข็งระหว่างการใช้ยาเคมีบำบัด สังเกตผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา ถ้ารู้สึกปวด บวม แดง หรือสงสัยว่ามียารั่วซึมออกนอกหลอดเลือดให้แจ้งพยาบาลทันที

อาการข้างเคียงจากยาสูตรนี้ หลังได้รับยาประมาณ 2-3 วัน อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน พะอืดพะอม แพทย์จะสั่งยาป้องกันอาการให้กลับไปรับประทานที่บ้านต่อเนื่อง อาการท้องเสียมักเกิดหลังรับยา ควรรับประทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง

เมื่อมีอาการ ห้ามรับประทานยาแก้ท้องเสียเพื่อป้องกันโดยที่ยังไม่มีอาการท้องเสีย ช่วงสัปดาห์แรกหลังรับยาอาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ซึ่งจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป หากมีอาการเจ็บหรือเสียวร้อนในปากควรเปลี่ยนแปรงสีฟันเป็นชนิดขนนุ่มและบ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำสะอาดผสมเกลือเล็กน้อยเพื่อช่วยรักษาความสะอาดในช่องปาก ลดโอกาสติดเชื้อ ห้ามใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมเพราะจะยิ่งระคายเคือง เล็บมือ เล็บเท้าอาจกล้ำลง ผิวหนังอาจไวต่อแสงแดด

การปฏิบัติตัวหลังจากได้รับยา หลังรับยาภายใน 48 ชั่วโมง ปัสสาวะและอุจจาระอาจมียาปนอยู่ หลังเข้าห้องน้ำควรกดชักโครก 2 ครั้ง ดื่มน้ำ มาก ๆ 2-3 ลิตร ต่อวัน น้ำจะช่วยขับของเสียที่เกิดจากการรับยาเคมีบำบัด ออกจากร่างกายได้ดีขึ้น หลังรับยามีผลต่อผู้ป่วยจะเกิดการติดเชื้อง่ายให้สวมผ้าปิดจมูก โดยเฉพาะ 1 วันแรก ถ้ามีไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) ท้องเสีย ปัสสาวะแสบขัดควรรีบไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดของหมักดอง อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ยาต้มยาหม้อ ยาจีน และ สมุนไพร เมื่อมารับยาครั้งต่อไปควรแจ้งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นให้แพทย์รับทราบทุกครั้งเพื่อปรับยาให้เหมาะสม

บทวิจารณ์

กรณีศึกษานี้ได้ศึกษาเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ ส่วนคนที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากตำราเอกสารวิชาการต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ มีข้อมูลว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีความวิตกกังวล ความกลัวโรคมะเร็ง และการผ่าตัดผ่านกล้อง จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า ปัญหาหลักของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความกลัวเรื่องโรค การผ่าตัด และขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดซึ่งเป็นไปตามข้อมูลที่ได้ศึกษามา

ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนคดผ่านกล้องมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เครื่องมือพิเศษทันสมัย พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์มาก เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีความวิตกกังวล ความกลัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลมาก พยาบาลควรยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ให้การพยาบาลด้วยหัวใจ ให้การพยาบาลร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

3. คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ที่บ้านมีเนื้อหาจำนวนมาก การแนะนำด้วยคำพูดอย่างเดียวผู้ป่วยอาจหลงลืมและปฏิบัติไม่ครบ อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้การรักษาพยาบาลที่ไม่ดีเท่าที่ควร จึงควรจัดพิมพ์ เป็นเอกสารแผ่นพับแจกให้ผู้ป่วยและญาตินำกลับไปอ่านที่บ้าน

4. โรคมะเร็งหลังการผ่าตัดรักษา สิ่งสำคัญผู้ป่วยพร้อมญาติต้องมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวังและรักษาโรคมะเร็งที่ไม่หายขาดหรือเกิดขึ้นใหม่ ควรเน้นย้ำให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย. (2016). ยาเคมีบำบัดสูตร5FU/LV. (สืบค้น17มี.ค.2565),จาก <https://www.chulacancer.net>patient-list-page>.
2. ชนินทร์ ลีม่วงส์.(2557). พันธุศาสตร์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ถ่ายทอดโรคมะเร็งทางพันธุกรรม. (น. 1-23). ใน ต้น คงเป็นสุข, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, วุฒม์ โล่ศิริวัฒน์, บรรณาธิการ.ศัลยศาสตร์วิวัฒน์เล่ม52. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพวารสาร.
3. ชาริณี ประจันทรันวล, เทพกร สาทิตการมรี, สิริรัตน์ ศรีพุทธรัตน์, สรรชัย ชีรพงศ์ภักดี, ดวงธิดา นนท์เหล่าพงศ์, วิริยา ถิ่นชิลอง. (2013). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัดในผู้ใหญ่ที่ได้รับการป้องกันตามมาตรฐาน. (สืบค้น 2 ก.พ. 2565), จาก [http://anesthai .org>rcat>documents>journal](http://anesthai.org>rcat>documents>journal).
4. ชูชีพ สหรุ่งเรืองกิจ. (2555). Techniques in Laparoscopic colorectal Surgery. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
5. ขวนพิศ วงศ์สามัญ, ถั่วเผชญู โชนบำรุง. (2555). การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 18. ขอนแก่น : ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
6. เรณู อาจสารี. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรส.
7. โรงพยาบาลชัยภูมิ. (2565). สถิติโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิ : แผนกศัลยกรรมห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชัยภูมิ.
8. วิศรา ตูยานนท์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านทางกล้องวิดีโอ. สืบค้น 20 ม.ค. 2565, จาก <https://www.2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/165/sin-manual 2551-01>.
9. วิชญ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุภโรยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์. (2558). มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพฯ : โฆสิตการพิมพ์.
10. ศิริพรรณ ภมรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. สืบค้น 2 ก.พ.2565, จาก <https://heo2.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/39967>.

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงิน ของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

The potentiality development of personnel responsible for finance of the sub district health promoting hospital

สุภาพร ศรีภูธร*
Supaporn Sriphutorn*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการปฏิบัติงานด้านการเงินของ รพ.สต. ก่อนและหลังการทดลอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 32 คน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} \pm S.D. = 5.87 \pm 1.07$) ส่วนหลังการทดลองมีความรู้ในระดับกลาง ($\bar{x} \pm S.D. = 7.09 \pm 1.88$) มีทัศนคติ ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.59 (S.D.=0.09) หลังการทดลองมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} \pm S.D. = 1.81 \pm 0.08$) และก่อนการทดลองการปฏิบัติงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} \pm S.D. = 1.37 \pm 0.21$) ส่วนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับมาก 1.94 (S.D.=0.07) ภายหลังการเข้าร่วมการพัฒนา ศักยภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่อง ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านการเงินของ รพ.สต. มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, บุคลากรด้านการเงิน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The quasi-experimental research was study to potential development of personnel responsible for finance of sub district health promoting hospital in Muang district, Chaiyaphum province. The using a model with one group was measured before and after the experiment and then comparing knowledge, attitudes and financial performance of the THPH before and after the experiment. The sample was selected a purposive a district health office. and Chaiyaphum hospital include 32 people. The data was collected using questionnaires. Data were analyzed by

descriptive statistics to find frequency, percentage, mean, standard deviation and the statistical significance of Paired sample t-test was used at 0.05 level. The study results were found that: before the experiment The experimental group had the knowledge level, at the moderate level ($\bar{x} \pm S.D. = 5.87 \pm 1.07$) and after the experiment, the knowledge was at the intermediate level ($\bar{x} \pm S.D. = 7.09 \pm 1.88$). Their attitude was at a high level ($\bar{x} \pm S.D. = 1.59 \pm 0.09$) and after the experiment, the overall attitude was at a high level ($\bar{x} \pm S.D. = 1.81 \pm 0.08$). The before the operational trials overall, it was at a moderate level ($\bar{x} \pm S.D. = 1.37 \pm 0.21$) while the overall post-test mean was at a high level ($\bar{x} \pm S.D. = 1.94 \pm 0.07$). After experimental, target group had a statistically significant mean score of knowledge, attitudes and financial performance of THPH (p-value <0.01).

Keywords: Capacity development, Financial personnel, Sub district Health Promoting Hospital

*รป.ม. (M.P.A) *นักวิชาการเงินชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลชัยภูมิ

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ระดับพื้นที่ในการให้บริการกับประชาชนของประเทศ อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม (ชมลวรรณ วงษ์ภูธร, 2560) รวมทั้งนโยบายของการปฏิรูประบบราชการ รัฐบาลได้มีการปรับเปลี่ยนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐแบบเดิมไปสู่รูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยมุ่งเน้นไปที่ผลงานและผลลัพธ์ของหน่วยงาน โดยให้หน่วยงานมีอิสระและความคล่องตัวในการบริหารงาน เพื่อผลิตผลงานตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแต่ละ

หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลทางการเงินที่ถูกต้อง สมบูรณ์ต่อการวิเคราะห์ฐานะทางการเงินและผลการดำเนินงาน มีข้อมูลต้นทุนการผลิตและให้บริการเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการขอจัดสรรงบประมาณ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2559) และมีข้อมูลเพื่อการสนับสนุน วางแผนทางการเงิน การตรวจสอบ กำกับดูแลองค์กรของผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์งบค่างของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนคุณภาพของงบการเงิน แบ่งเป็น 3 เกณฑ์ คือ ครบถ้วน/ทันเวลา ถูกต้องตามหลักบัญชี ปรับปรุงตามนโยบายบัญชี ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์งบค่างในการตรวจงบการเงินของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ซึ่งกลุ่มงานประกันเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจให้คะแนนงบการเงินของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในการปฏิบัติงานด้านการเงินมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง

อาศัยผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้านวิชาชีพเพื่อที่จะรักษาผลประโยชน์ของทางราชการ (กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) อย่างไรก็ตามจากผลการประเมินคุณภาพและการตรวจสอบภายในของงานการเงินของ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางการเงินของ รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการดูแลรักษาพยาบาลหรือสาธารณสุข ไม่ได้มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาชีพในด้านนี้โดยตรงจึงทำให้การปฏิบัติงานด้านการเงินจึงเกิดความคลาดเคลื่อน เพราะยังขาดความรู้ความเข้าใจทางด้านหลักการการเงิน การจัดทำระบบการเงินที่ถูกต้องและระเบียบการเงินที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังเกิดปัญหาในการโยกย้ายผู้ที่จัดทำบัญชีอยู่บ่อยครั้งจึงทำให้ขาดการทำงานที่ต่อเนื่องในการจัดทำระบบการเงินของ รพ.สต. (กลุ่มงานการเงิน รพ.ชัยภูมิ, 2562)

ดังนั้นจากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเงินให้ถูกต้องตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีการ รวมถึงมาตรฐานการบัญชีภาครัฐที่ได้มีการประกาศใช้เพิ่มเติม และผลการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในการจัดทำระบบการเงินของ รพ.สต. ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 ถึงเดือน กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร (Population) เป็นบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงิน รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิจาก 22 รพ.สต. บุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงิน รพ.สต. ในส่วนของ สสอ.เมือง และ ในส่วนของ โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 32 คน โดยสุ่มกริกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน ซึ่งมุ่งศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงิน ของ รพ.สต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เรื่องระบบการเงิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบสอบถามทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน และแบบสอบถามการปฏิบัติงานด้านการเงิน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้ **ส่วนที่ 1**

แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ โดยประยุกต์ของ Likert's Scale (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) การแปลผลการวิเคราะห์ของคะแนนทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของบลูม Bloom (กฤติยา วงศ์ก้อม, 2545) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานด้านการเงิน ผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของบลูม Bloom (กฤติยา วงศ์ก้อม, 2545)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่โครงการวิจัย COE No.023/2565 REC No.023/2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้ววิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล นำผลการวิเคราะห์ทางสถิติ จัดลงตาราง แปลความหมาย ตีความจาก อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย ในรูปของการบรรยายและอธิบายความเรียง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลอง กับหลังการทดลองในเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานด้านระบบการเงิน ของ รพ.สต. ด้วยสถิติ Paired Sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย ผู้ศึกษาได้ทำการ

พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นความลับ โดยผลการศึกษจะเป็นการสรุปโดยภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จึงทำการเก็บข้อมูล พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.80 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 46.60 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี และอายุสูงสุด 58 ปี ส่วนใหญ่มีตำแหน่งปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40.60 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.60 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 31.00 เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมงานด้านการเงิน ร้อยละ 28.10 รองลงมาเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมงานด้านการเงิน 1 ครั้ง ร้อยละ 25.00 และมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมงานด้านการเงิน 3 ครั้ง ร้อยละ 21.90 ตามลำดับ

2. ความรู้เรื่องระบบการเงินของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.30 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.50 ส่วนผู้ที่มีความรู้ในระดับสูงมีเพียง ร้อยละ 6.30 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบการเงินฯ เท่ากับ 5.87 (S.D.=1.07) ส่วนหลังการทดลองกลุ่ม

ตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.00 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 ส่วนผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำมีเพียง ร้อยละ 12.50 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบการเงินฯ เท่ากับ 7.09 (S.D.=1.88) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องระบบการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง (32 คน)		หลังการทดลอง (32 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ (0 – 5 คะแนน)	12	37.50	4	12.50
ความรู้ปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	18	56.30	12	37.50
ความรู้สูง (8 – 10 คะแนน)	2	6.30	16	50.00
รวม	$\bar{x} = 5.87$; S.D. = 1.07		$\bar{x} = 7.09$; S.D. = 1.88	

3. ทักษะของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ เท่ากับ 1.59 (S.D.=0.09) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 เท่าเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ เพิ่มขึ้นเป็น 1.81 (S.D.=0.08)

4. การปฏิบัติงานด้านการเงินของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินเท่ากับ 1.37 (S.D.=0.21) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 เท่าเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 1.94 (S.D.=0.07) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของทัศนคติและการปฏิบัติงานด้านการเงินของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=32)			หลังการทดลอง (n=32)		
	χ̄	S.D.	แปลความ	χ̄	S.D.	แปลความ
ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงิน	1.59	0.09	ระดับมาก	1.81	0.08	ระดับมาก
การปฏิบัติงานด้านการเงิน	1.37	0.21	ระดับมาก	1.94	0.07	ระดับมาก

5. การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติงานด้านการเงินของ รพ.สต.ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง

5.1 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องระบบการเงิน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องระบบการเงินเท่ากับ 5.87 (S.D.=1.07) หลังการทดลอง มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบการเงินเท่ากับ 7.09 (S.D.=1.88) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเงิน ก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.01) โดยมีค่า t เท่ากับ -5.57 และ ค่า df เท่ากับ 31

5.2 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเท่ากับ 1.59 (S.D.=0.09) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมากเท่าเดิม แต่มี

ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นเป็น 1.81 (S.D.=0.08) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.01) โดยมีค่า t เท่ากับ -35.04 และ ค่า df เท่ากับ 31

5.3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติงานด้านการเงินของ รพ.สต. ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินเท่ากับ 1.37 (S.D.=0.21) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับมากเท่าเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 1.94 (S.D.=0.07) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.01) โดยมีค่า t เท่ากับ -15.48 และ ค่า df เท่ากับ 31 ดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านการเงินของบุคลากรผู้รับผิดชอบการเงินของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง**

ตัวแปร	n	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
1. ความรู้เรื่องระบบการเงิน						
ก่อนการทดลอง	32	5.87	1.07	31	-3.57	0.00**
หลังการทดลอง	32	7.09	1.88			
2. ทักษะต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน						
ก่อนการทดลอง	32	1.59	0.09	31	-35.42	0.00**
หลังการทดลอง	32	1.81	0.08			
3. การปฏิบัติงานด้านการเงิน						
ก่อนการทดลอง	32	1.37	0.21	31	-15.48	0.00**
หลังการทดลอง	32	1.94	0.07			

หมายเหตุ : ** p-value < .01

การอภิปรายผล

1. ความรู้เรื่องระบบการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ก่อนการทดลอง มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลอง มีความรู้เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.01) อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงิน เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้น การปฏิบัติจริงร่วมกับความรู้ในเชิงทฤษฎีที่ถูกต้อง ทำให้บุคลากรด้านการเงินมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิริธดา ชารสสว่าง และกฤตพา แสนชัยธร (2563) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดผังบัญชีอยู่ในระดับมาก โดย

ผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะการทำงานต่างกัน มีความรู้ความเข้าใจ และปัญหาในการเปลี่ยนระบบบัญชีจากเกณฑ์เงินสดเป็นบัญชีเกณฑ์คงค้าง โดยรวมต่างกัน และผลการศึกษาของอมรรัตน์ บุรณะพล และ ปวีณา คำพุกกะ (2561) พบว่า การฝึกอบรมของนักบัญชีส่งผลต่อความคิดเห็นต่อคุณภาพรายงานทางการเงินอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือการฝึกอบรมให้พนักงาน มีผลต่อความถูกต้องของรายงานทางการเงินอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ การได้รับการฝึกอบรมวิชาชีพบัญชีทำให้พนักงานเกิดความรู้ ความชำนาญและมีทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น เพราะในปฏิบัติงานมักมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอไม่ว่าจะเป็นระบบงานลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติด้วยเทคโนโลยี นักบัญชีจึง

ให้ความสำคัญในการฝึกอบรมเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง

2. ทักษะคติ โดยภาพรวมก่อนและหลังการ

ทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีทักษะคติโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะคติเท่ากับ 1.59 ส่วนหลังการทดลอง มีทักษะคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 เท่าเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะคติเพิ่มขึ้นเป็น 1.81 จึงอธิบายได้ว่ากิจกรรมการพัฒนาทำให้ มีทักษะคติที่ดีต่อการทำงานด้านการเงินของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภภรณ์ คณะเวช (2559) พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการของงานการเงิน บุคลากรผู้ใช้บริการได้รับความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านบุคลากรงานการเงิน โรงพยาบาลมหาสารคามอยู่ในระดับมากที่สุดและความพึงพอใจด้านสถานที่ทั่วไป ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และผลการศึกษาของ สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และ ประพนธ์ แก้วเอี่ยม (2558) พบว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เรียงจากมากไปหาน้อย คือ ความตระหนักด้านจริยธรรมทางการเงิน และความรู้ด้านการจัดการการเงิน และมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คือ วินัยทางการเงิน ตามลำดับ

3. การปฏิบัติงานด้านการเงิน โดยภาพรวม

ก่อนและหลังการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินเท่ากับ 1.37 ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับมากเท่าเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 1.94 อธิบายได้ว่ากิจกรรมพัฒนาศักยภาพทำให้บุคลากรด้านการเงินฯ สามารถการดำเนินงานการเงินของโรงพยาบาล ได้เพิ่มขึ้นและมีความเข้าใจ และสามารถจัดทำรายงานให้มีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น

ขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ณัฐวดี ตันติเศรษฐ (2558) พบว่า การพัฒนาศักยภาพในความเป็นมืออาชีพของพนักงานบัญชี และการพัฒนาระบบสารสนเทศทางบัญชีให้โดดเด่นจะส่งผลดีต่อการจัดทางการเงินให้มีคุณภาพและจะช่วยส่งผลดีต่อไป ผลการวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี ผู้ใช้งบการเงิน รวมถึงกิจการเพื่อที่จะพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในการทำงานการเงิน และ สิริณดา นามสว่าง และกฤตพา แสนชัยธร (2563) พบว่า การปฏิบัติงานด้านบัญชี โดยภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนมีการปฏิบัติงานด้านบัญชีโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลสรรหาเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ มีความชำนาญมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทำให้มีประสบการณ์เหมาะสมในตำแหน่งหน้าที่

4. การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติงานด้านการเงิน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบการเงินเท่ากับ 5.87 ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องระบบการเงินฯ เท่ากับ 7.09 สำหรับผลการศึกษาทักษะคติของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทักษะคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะคติ เท่ากับ 1.59 ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีทักษะคติโดยรวมอยู่ในระดับมากเท่าเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะคติเพิ่มขึ้นเป็น 1.81 ส่วนการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่ม

ตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินเท่ากับ 1.37 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับมากเท่าเดิม แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 1.94 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองจะเห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานด้านการเงิน มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.01$) จึงอธิบายได้ว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงิน เกิดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและการเกิดประสบการณ์ตรงจากกิจกรรมการฝึกปฏิบัติในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานด้านการเงิน ไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินดา ศิริกุลชัยกิจ (2554) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องของข้อมูลด้านรายจ่ายในระบบบัญชีการเงิน ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมระบบการเงิน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการเงิน หน้าที่ตรวจสอบข้อมูลในระบบการเงิน หน้าที่ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลในระบบการเงิน ขั้นตอนการป้อนข้อมูลเข้าระบบการเงิน หน้าที่ตรวจสอบข้อมูลในระบบการเงิน ขั้นตอนการแก้ไขข้อมูลระบบ

การเงิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และ พรรณ เก้าเอี้ยน (2558) พบว่า ความรู้ด้านการจัดการการเงิน วินัยทางการเงิน และความตระหนักทางด้านจริยธรรมทางการเงินมีความสัมพันธ์กับการจัดการการเงิน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนาภรณ์ จิราภรณ์ สุเทพ การุณย์ลัยอุจิกร และ เกษร ขาวสีจาน (2556) พบว่า แนวทางการพัฒนาการให้บริการงานการเงิน เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยประสิทธิภาพการให้บริการงานการเงินจากความคิดเห็นของผู้รับบริการหลังการพัฒนาประสิทธิภาพ พบว่าดีขึ้นใน 4 ด้าน คือ ด้านระยะเวลา ด้านกระบวนการ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพัฒนา ควรจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการเงินของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานของบุคลากร และการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากร ควรนิเทศติดตามผลการดำเนินงานแบบเสริมพลัง หรือนิเทศแบบพี่เลี้ยง และมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และนำเสนอผลการดำเนินงานของบุคลากรเพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรของหน่วยงานนั้นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปปรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสังกัดหน่วยงานหรือองค์กรในระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กฤติยา วงศ์ก้อม.(2545). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.กรุงเทพฯ :สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
- กลุ่มงานการเงิน รพ.ชัยภูมิ. (2562) ผลการปฏิบัติงานกลุ่มงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลชัยภูมิ เอกสารอัดสำเนา
- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). หลักการบัญชีเกณฑ์ค้าง. สืบค้น จาก <https://hig.moph.go.th/?p=685> เมื่อ 25 มีนาคม 2563.
- ณัฐวุฒิ ตันติเศรษฐ. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงบการเงินและประสิทธิผลในการตัดสินใจของบริษัท ที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. วารสารบริหารธุรกิจศรีนครินทรวิโรฒ. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2558.
- ทัศนารณ์ จิราธิกร์ สุเทพ การุณย์ลัยจกร และ เกษร ขาวสีจาน. (2556). การพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการงาน การเงินเพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการในสำนักงานพัฒนาชุมชน. วารสารบัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. ปีที่ 10 ฉบับที่ 50 กันยายน – ตุลาคม 2556.
- ธมลวรรณ วงษ์ภูธร. (2560). คุณภาพ ปัญหา และแนวทางการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการบัญชี คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตรฐานประมาณค่าและ แบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- สุภาภรณ์ คณะเวทย์. (2559). ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการงานการเงิน โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2559.
- สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และ ประถม แก้วเอียน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการการเงินส่วนบุคคลของข้าราชการ ตำรวจภูธรจังหวัดชุมพร. วารสารวิทยาการจัดการ. ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม หน้า 29-57.
- สิริธิดา ฆารสว่าง และกฤตพา แสนชัยธร (2563) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับ การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์ วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563 หน้า 34-47.
- อมรรัตน์ บุรณะพล และ ปวีณา คำพุกกะ (2561) อิทธิพลของจริยธรรมและการฝึกอบรมของนักบัญชีที่มีต่อความ คิดเห็นต่อคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วารสาร สมาคมนักวิจัย ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม หน้า 103-114.

การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ: กระบวนการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการเชื่อมโยงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

Development of a district health strategic plan: process related factors and linking the plan to improve the quality of life at the district level and the sub-district health security fund

ไพบุญย์ ประจัญกล้า*
Paiboon Prajankla

บทคัดย่อ

งานวิจัยปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหากระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม รวมถึงการบูรณาการแผนในพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอคอนสาร ปีงบประมาณ 2563 โดยคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพอำเภอ กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติวิเคราะห์ t-test และ Analysis of variance (Anova) ผลวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ ยังคงใช้วิธีการตามมาตรฐานของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยยึดกรอบของแผนแม่บท ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร 2) การพัฒนาความรู้ของประชาชน 3) การเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่าย และ 4) การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยประเด็นที่ขาดหายไปจากแผนแม่บท และแผนรอง คือ ประเด็นการพัฒนาบริการ และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ พบว่า การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มผู้บริหาร หัวหน้างาน และสายวิชาชีพ ส่วนบุคลากรระดับปฏิบัติ สายสนับสนุนและลูกจ้างมีส่วนร่วมน้อย สอดคล้องกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ ส่วนการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของแผนงานในพื้นที่ พบว่า แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นเพียงกลไกหนึ่งที่ใช้เพื่อเชื่อมต่อการดำเนินงานของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงผลักดัน โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ยังมีการดำเนินงานแบบแยกส่วน โดยโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสามารถสนับสนุนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอได้บ้าง แต่ไม่ครบทุกประเด็น ภาพรวมกระบวนการ มีความแตกต่างจากการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์อื่น คือ มีการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สาธารณสุขเข้ากับแผนแก้ไขปัญหาของพื้นที่ โดยอาศัยการสนับสนุนจากแหล่งทุนในระดับตำบล และการวิเคราะห์เชิงปริมาณสนับสนุน ข้อเสนอแนะจากการวิจัย 1) ควรมีการลำดับขั้นตอนของการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพพื้นที่ ให้เกิดความเชื่อมโยงกันทั้ง 3 ส่วน (แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล) และ 2) การแก้ปัญหาการสื่อสารภายในองค์กรของหน่วยงานสาธารณสุข ด้วยการใช้ระบบวงจรเดมิ่ง เพื่อแปลงแผนยุทธศาสตร์ลงสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีเป้าหมายในการพัฒนาของตนเอง

คำสำคัญ แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข, แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ, กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

Abstract

This action research were aims to find the process of developing a public health strategic plan at the district level. and factors related to participation including the integration of local plans Implemented in the area of Khon San district, fiscal year 2020 by the district health development committee. quantitative research process Statistical analysis of t-test and Analysis of variance (Anova). The result were found that: The strategy development process were used standard methods of strategic planning are still used. by adhering to the framework of the master plan. They were consists of four strategies, namely 1) personnel competency development, 2) people's knowledge development, 3) capacity building of network partners, and 4) information system development. The missing issue from the master plan and the secondary plan is service development. And from the analysis of factors affecting participation in the preparation of the Strategic Plan, it was found that participation occurred only among executives, supervisors and professional groups. Personnel at the practical level Support lines and employees are less involved. consistent with the contextual analysis of the area As for the analysis of the linkage of the local plans, it was found that the Public Health Strategic Plan was only one mechanism used to connect to the implementation of the Quality of Life Improvement Plan. including pushing for the sub-district health security fund project by the district quality of life improvement plan and the sub-district health security fund There is also a modular operation. The sub-district health security fund project can support the district's quality of life improvement plan to some extent.

Process overview It differs from the development of other strategic plans in that it links the public health strategy to the problem-solving plan of the area. by relying on support from funding sources at the sub-district level and quantitative analysis supports Suggestions from research 1) There should be a sequence of steps in the preparation of health development plans in the area. To create a linkage in all 3 parts (Public Health Strategic Plan, District Quality of Life Improvement Plan, Tambon Health Security Fund) and 2) to solve communication problems within the organization of public health agencies. By using the Deming Cycle system to convert the strategic plan into action, so that personnel at all levels have their own development goals.

Keywords: Public health strategic plan, District quality of life, Sub-district Health Security Fund

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์เป็นกระบวนการเตรียม
ความพร้อมในการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร^{1,2}

โดยต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง เพื่อกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ในระยะแรกของการพัฒนา ส่วนใหญ่ยังคงใช้ในหน่วยงานหรือองค์กรภาคเอกชน³ ขณะที่ช่วงหลัง ภาครัฐได้นำมาใช้เพื่อหวังผลด้านการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีผลแทรกแซงทางการเมือง ทรัพยากรที่จำกัด และสถานการณ์เศรษฐกิจโลก^{4,5} โดยแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขถูกนำมาใช้ เนื่องจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม ผลกระทบที่มวลรวมด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 10 จากที่เป็นอยู่เดิม^{6,7} ประเทศไทยนำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขมาใช้ เนื่องจากเกิดข้อกังวลเกี่ยวกับการระบาดของโรคติดต่อ ไร้พรมแดน ประเด็นโรคไม่ติดต่อ ประเด็นด้านผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพข้ามพรมแดน รวมถึงภัยสุขภาพที่เกิดจากมนุษย์และธรรมชาติ โดยแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คือ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ซึ่งมียุทธศาสตร์แห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริม ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภค 2) ด้านการบริการ 3) ด้านบุคลากร และ 4) บริหารจัดการเป็นเลิศ แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวถือได้ว่าเป็นแผนแม่บทของแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งหน่วยงานและองค์กรภาครัฐจะต้องยึดเป็นแนวปฏิบัติ^{9, 10, 11} เพื่อวางกรอบและทิศทางให้สอดคล้องกับแผนแม่บท การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ระดับจังหวัดและอำเภอ ยังคงมีความแตกต่างกันในหลายพื้นที่^{12, 13} จากการประเมินพบว่า ความเข้มข้นของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ยังคงอยู่ในระดับเขตเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ การขับเคลื่อนและแผนปฏิบัติการของหน่วยงานระดับพื้นที่ ยังขาดการลำดับความสำคัญเร่งด่วน โดยพบว่าการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานจากเขตสุขภาพไปยังจังหวัด มี 2 บริบทที่สำคัญ คือ การแต่งคณะกรรมการเพื่อรับนโยบายในแต่ละด้าน และการมอบให้แต่ละจังหวัด

เป็นเจ้าภาพนโยบายแต่ละด้าน และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ ยังคงพบได้หลากหลายรูปแบบ แต่โดยหลักมีการยึดแผนยุทธศาสตร์ชาติเป็นกรอบแนวคิด ส่วนขั้นตอนและวิธีการ ขึ้นอยู่กับหน่วยงานหรือองค์กรเป็นผู้ออกแบบ^{14, 15}

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสาร ใช้กรอบแนวคิดของแผนแม่บทในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก็เป็นเรื่องที่สำคัญ การดำเนินการดังกล่าวมีการเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ และโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รวมถึงการวิเคราะห์กระบวนการ ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาในลำดับถัดไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหากระบวนการดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ
2. เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ
3. เพื่อหากระบวนการเชื่อมโยงของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอกับการปฏิบัติของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและงบประมาณในพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประเด็นหลักของงานวิจัย คือ การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอให้สามารถบูรณาการร่วมกับ

แผนงานของหน่วยงานและองค์กรอื่นในพื้นที่ได้ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 ในพื้นที่ดำเนินการอำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอคอนสารทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งสายงานบริหาร สายงานวิชาชีพ สายงานสนับสนุนและลูกจ้าง จำนวน 60 คน ถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ กระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ ใช้ การสังเคราะห์ปัจจัยภายนอกและภายใน โดยอาศัยแนวทางที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์ชุมชน การใช้ตัวแบบ 7S และวิเคราะห์ SWOT analysis ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์/เป้าหมาย ค่านิยม และกลยุทธ์ในลำดับถัดมา การวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในแผนยุทธศาสตร์เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอคอนสารทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งสายงานบริหาร สายงานวิชาชีพ สายงานสนับสนุนและลูกจ้าง จำนวน 60 คน ถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน การเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงถึงกลุ่มผู้ได้รับการบริการ ความเชื่อมโยงถึงกิจกรรมหรือกลยุทธ์ดำเนินการ แล้วเขียนเป็นกรอบแนวคิดความเชื่อมโยง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ทางสถิติในการวิเคราะห์จะนำคะแนนของตัวแปรย่อยมารวมกัน เป็นค่าต่อเนื่อง (continuous data) และทำการวิเคราะห์แบบจับคู่กับตัวแปรอิสระคร่าวละตัวแปร

ด้วยสถิติ t-test กรณีเป็นตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรแบบแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม (dichotomous data) และสถิติ Analysis of variance (ANOVA) แบบการวิเคราะห์ทางเดียว กรณีเป็นตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรแบบแบ่งกลุ่มมากกว่า 2 กลุ่ม (polytomous data)

ผลการวิจัย

1. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ

จากการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของกลยุทธ์เชื่อมโยงกับแผนแม่บท และแผนรอง แล้วนำมากำหนดเป็นวิสัยทัศน์ และมีพันธกิจรองรับวิสัยทัศน์ 4 ด้าน คือ 1) การบริหารจัดการพัฒนาสถานบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐาน มี 1 เป้าประสงค์ และ 1 วัตถุประสงค์ 2) การจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมปฐมภูมิเชื่อมโยงทุติยภูมิ เครือข่ายสุขภาพ มี 1 เป้าประสงค์ และ 5 วัตถุประสงค์ 3) ประสานการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการจัดการระบบสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มี 2 เป้าประสงค์ และ 3 วัตถุประสงค์ และ 4) สร้างและพัฒนาวิทยาการในการเสริมสร้างสุขภาพทั้งในและนอกสถานบริการ โดยเทคโนโลยีสารสนเทศ มี 2 เป้าประสงค์ และ 4 วัตถุประสงค์

การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าประสงค์ พันธกิจ จนบรรลุวิสัยทัศน์ที่วางไว้ โดยยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ มี 4 ประเด็น ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการรับมือภัยคุกคามด้านสุขภาพของประชาชน ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ และพร้อมนำไปสู่การใช้เพื่อแก้ไข

ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายทุกระดับในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยและเอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพที่ครอบคลุมและทั่วถึง

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.3) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.7) อายุระหว่าง 41 – 60 ปี และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.7 ทั้งนี้ อยู่ในสายวิชาชีพ ร้อยละ 85.0 และลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นงานด้านการบริการ ร้อยละ 60.0 รวมทั้งปฏิบัติงานที่

โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.0) การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ ในภาพรวมในระดับมาก (Mean = 2.87; sd.=0.54) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในผลประโยชน์มากที่สุด (Mean = 3.06; sd.=0.50) รองลงมา คือการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.97 (sd.=0.51) ซึ่งใกล้เคียงกับการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ ที่มีคะแนนเฉลี่ย 2.94 (sd.=0.65) และต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (Mean = 2.53; sd.=0.75)



รูปภาพที่ 1 การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แยกรายกลุ่ม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบ 3 ปัจจัย คือ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และเงินเดือน โดย 1) ตำแหน่งสายวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์มากกว่าตำแหน่งสายสนับสนุน มีความแตกต่าง 0.41 หน่วย (95% CI: 0.03, 0.79) และมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.034) 2) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านการสนับสนุน) งานด้านบริหารมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขมากกว่าบุคลากรที่มี

หน้าที่ด้านอื่นๆ ส่วนงานด้านการบริการและด้านสนับสนุน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยงานด้านบริหารมีความแตกต่างมากกว่ากลุ่มบริการ 0.53 หน่วย (Mean diff. = 0.53; 95% CI: 0.26, 0.80) และมากกว่ากลุ่มสนับสนุน 0.74 หน่วย (Mean diff. = 0.74; 95% CI: 0.34, 1.14) และ 3) กลุ่มเงินสูง (มากกว่า 40,000 บาทขึ้นไป) มีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดทำแผนฯ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ รองลงมาจะเป็นกลุ่มที่มีเงินเดือน ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท

3. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและ

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ถูกจัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรภาคประชาชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มี 3 ประเด็นหลักที่ถูกคัดเลือกเพื่อนำไปแก้ไขปัญหา คือ 1) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) 2) การพัฒนาปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ถูกจัดทำโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละตำบล จำนวน 9 แห่ง รวมทั้งหมด 28 โครงการ แต่จากการวิเคราะห์พบว่า มีเพียง 15 โครงการที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

4. การเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

ระดับอำเภอ พบว่า แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอใช้เป็นกลไกในการผลักดันระบบ เนื่องจากเป็นการพัฒนาในด้านต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานในพื้นที่ โดยใช้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเป็นตัวผลักดันการดำเนินงาน และใช้โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ตำบลเป็นตัวขับเคลื่อนในพื้นที่ แต่กระบวนการยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยยังเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วน จึงทำให้บางประเด็นตกหล่นไป ยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน

บทสรุปกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ใช้กระบวนการมาตรฐานของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทั่วไป ประกอบด้วย 1) การทบทวนกรอบ

ยุทธศาสตร์ของแผนแม่บท และแผนรอง 2) การสังเคราะห์ปัจจัยภายใน และภายนอก 3) การร่างวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ และวัตถุประสงค์ 4) การวิเคราะห์ SWOT Analysis และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กิจกรรม

แต่ในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของอำเภอคอนสาร มีความแตกต่างจากกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของการศึกษาอื่นคือ ความพยายามที่จะบูรณาการแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขเข้ากับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยใช้โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเป็นตัวผลักดันและขับเคลื่อน

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายผล ดังนี้

1. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ

มีความเหมือนและคล้ายคลึงกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานอื่นทั่วไป กล่าวคือ จะต้องวิเคราะห์ทิศทางขององค์กร สภาพแวดล้อมขององค์กร และการจะไปถึงจุดหมาย ซึ่งการวิเคราะห์ทิศทางขององค์กรในหน่วยงานราชการก็คือ การวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์ของแผนแม่บท และแผนรองนั่นเอง กระบวนการหลักของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์¹⁷ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขหลายหน่วยงาน ได้ยึดแนวทางเช่นนี้ไปใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ใช้กระบวนการหลัก 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการทบทวนประเด็นยุทธศาสตร์ และขั้นตอนการมัดแผน โดยใช้กระบวนการต่างๆ ตามที่อ้างมาข้างต้น¹³ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี¹² สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา¹⁸ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา¹⁹ เช่นเดียวกับเครือข่ายพัฒนาสุขภาพอำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ประเด็นความแตกต่างของงานวิจัยนี้ คือ ความพยายามในการบูรณาการแผนยุทธศาสตร์กับแผนแก้ไขปัญหาของพื้นที่ เช่น แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยใช้โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นแรงสนับสนุนและขับเคลื่อนในพื้นที่ตำบล ซึ่งแผนยุทธศาสตร์อื่นๆ สิ้นสุดกระบวนการในระดับแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของงานวิจัยนี้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยการมีส่วนร่วมในด้านผลประโยชน์สูงสุด จากทั้งหมด 4 ด้าน และด้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การประเมินผลสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพาพร เชื้อบางแก้ว (2565)¹⁸ ที่อธิบายว่า กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดในด้านการวางแผน การปฏิบัติตามแผน ด้านการตรวจสอบ และด้านการปรับปรุงการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ผลดังกล่าว เป็นไปตามข้อสันนิษฐาน กล่าวคือ บุคคลผู้ได้รับคัดเลือกให้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีหน้าที่โดยตรง หรือผู้ควบคุม เช่น ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน และบุคลากรสายวิชาชีพก็มักเป็นบุคคลที่เป็นหัวหน้างานที่ต้องรับผิดชอบตัวชี้วัด นอกจากนี้ ประเด็นการขาดหายไปของบุคลากรสายสนับสนุนและลูกจ้าง จากการมีส่วนร่วมในการวางแผน และพัฒนาแผน สิ่งเหล่านี้สอดคล้องกับการจุดอ่อนขององค์กร ทำให้เห็นว่าการสื่อสารภายในองค์กรสาธารณสุขของอำเภอคอนสารยังคงมีปัญหา ซึ่งหากบุคลากรระดับปฏิบัติงาน

3. ความเชื่อมโยงของแผนยุทธศาสตร์

สาธารณสุขกับแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ พบว่า การดำเนินงานอยู่ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งผลจากการดำเนินงาน ได้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3 ประเด็น ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ 2 เรื่อง คือ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนอีกประเด็นหนึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม คือ การพัฒนาปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเน้นเรื่องการจัดการขยะ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอมีความหลากหลาย เนื่องจากกำหนดจากคณะกรรมการที่มี ความหลากหลาย ทั้งภาคราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดังนั้น การเสนอปัญหาเพื่อจัดทำแผน จึงมีประเด็นที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม การที่หน่วยงานสาธารณสุขเป็นเลขานุการ ยังคงเน้นและสอดคล้องประเด็นสุขภาพเข้าไปในแผน จึงทำให้ส่วนใหญ่มีกิจกรรมและแผนงานด้านสาธารณสุข อยู่เป็นจำนวนมาก และเมื่อพิจารณารายละเอียดแล้ว พบว่า แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ยังขาดความครอบคลุมการแก้ไขปัญหาในบางกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มมารดาและทารกกลุ่มเด็กและเยาวชน ประเด็นดังกล่าวมีคำอธิบาย คือ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ มุ่งเน้นแก้ไขปัญหารายปี โดยพิจารณาจากประเด็นปัญหาหลักที่ต้องได้รับการแก้ไข และเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ก็จะนำมาสรุป เพื่อพิจารณาว่า ปัญหาใดได้รับการแก้ไข ปัญหาแล้ว และปัญหาใดยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา ซึ่งควรจะมีการดำเนินการต่อไปอีก ดังนั้น การขาดประเด็นในการแก้ไขปัญหาในบางกลุ่มเป้าหมาย จึงมี ความเป็นไปได้

ขณะที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนงบประมาณสำหรับโครงการแก้ไขปัญหาระดับสุขภาพในพื้นที่ตำบล มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เป็นผู้กำกับดูแล โครงการถูกนำเสนอจากหลายหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรภาครัฐอื่นๆ เช่น โรงเรียน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง รวมถึงองค์กรภาคประชาชน จากงานวิจัยนี้ พบว่า กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาและนำเสนอโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา ยังคงดำเนินการอยู่ในระดับตำบล ขาดการเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ แต่กระนั้นหลายโครงการยังคงมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ควรจะเป็นกระบวนการแรกของการดำเนินการในพื้นที่ โดยมีการรวบรวมสภาพปัญหา และสภาพแวดล้อมภายใน ภายนอก และลำดับความสำคัญ จัดทำเป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ทั้งนี้ ผู้มีส่วน

ได้เสียจากการดำเนินการจะต้องมาจากทุกภาคส่วน และครอบคลุมทั้งพื้นที่

2. การคืนข้อมูลกลับไปยังพื้นที่ตำบล แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอที่ผ่านการกลั่นกรองแล้ว จะต้องมีการคืนข้อมูลกลับไปยังพื้นที่ (ตำบล) เพื่อให้เกิดมีการขับเคลื่อนในพื้นที่ โดยแทรกแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอไว้ในโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุกตำบล เพื่อจะได้มีพลังในการขับเคลื่อน ส่วนปัญหาอื่นๆ เป็นไปตามบริบทของพื้นที่

3. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับอำเภอ จะเป็นกระบวนการสุดท้ายที่จะดำเนินการ ซึ่งหากรับทราบทิศทางของการดำเนินงานในพื้นที่แล้ว นำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์แม่บท ก็จะทำให้แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขมีความสมบูรณ์ มีความสอดคล้องกับแผนแม่บท และสามารถนำไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Kriemadis, T., & Theakou K., Strategic planning Models in Public and Non- profit Sport Organizations. *SMIJ*. 2007; 3(2): 27 – 37.
2. Taiwo, A.S., & Idunnu F.O. Impact of Strategic Planning on Organizational Performance and Survival. *Research Journal of Business Management*. 2010; 4(1): 73 – 82.
3. O.Ugboro, I., Obeng, K., & Spann, O. Strategic Planning as an Effective Tool of Strategic Management in Public Sector Organizations: Evidence from Public Transit Organizations. *Asministration & Society*. 2011; 43(1): 87 – 123.
4. Dinapoli, T.P. *Local Government Management Guide Strategic Planning*. New York: USA, New York State. 2003.
5. Poister, T.H. The Future of Strategic Planning in Public Sector: Linking Strategic Management and Performance. *Public Administration Review*, Special Issue. 2010; 246 – 254.
6. Donev, D., Milevska-Kostova N., Galan A. *Methods and tools in public health: A handbook for teachers*. Russia: Hans Jacops Publishing company. 2014.

7. Khan, R., & Huda F. The Impact of Strategic Management on Performance of Health Care Organizations (A Study of Three Selected Tertiary Health Care Center of Garachi, Pakistan). *Arabian Journal of Business and Management Review*. 2016; 6(5): 1 - 4.
8. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ[อินเทอร์เน็ต]. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย. 2557[เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ก.ค.2565]; เข้าถึงได้จาก จาก <http://www.ihppthaigov.net>.
9. กระทรวงสาธารณสุข[อินเทอร์เน็ต]. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 [รายงานประจำปี]. 2562[เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ก.ค.2565]; เข้าถึงได้จาก https://www.skto.moph.go.th/document_file/yudtasad20y.pdf.
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนปฏิบัติการราชการระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 – 2565) ของกระทรวงสาธารณสุข, [รายงานประจำปี]; 2562[เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ก.ค.2565]; เข้าถึงได้จาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8050>.
11. พงศกร พอกเพิ่มดี. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2561 – 2580. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2563; 29(1): 173 – 186.
12. ศศิธร ศรีแก้ว และสุภารัตน์ ลิจุติภูมิ. การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดลพบุรี. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 2561; 14(2): 3 – 12.
13. อุสาห์ พงษ์จิระวงศ์, โกเมน ทิวทอง และนงลักษณ์ สุวิไลยจู้. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแบบมุ่งผลลัพธ์: กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2555; 6(4): 486 – 500.
14. เกษมสานต์ ชัยศิลป์. (2560). การศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข ผู้การปฏิบัติในระดับพื้นที่. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*. 2560; 3(1): 43 – 54.
15. มาลี กาบมาลา, ลำปาง แม่นมาตย์ และ ครรชิต มาลัยวงศ์. การวิเคราะห์สารสนเทศที่ใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การบริหารจังหวัดแบบบูรณาการ. *วารสารวิจัย มช.(บศ.)*. 2553; 10(1): 78 – 95.
16. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข[อินเทอร์เน็ต]. ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี และ PA; 2563[เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2563], เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/StrategyPlanAndPA.
17. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563. ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี และ PA. [Website]; 2563[เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2563]; เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/StrategyPlanAndPA.
18. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา [อินเทอร์เน็ต]. พระนครศรีอยุธยา: 2563. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พระนครศรีอยุธยา; 2563[เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ก.ค.2563]; เข้าถึงได้จาก <http://www.ayhosp.go.th/ayh/index.php/journal/johs/7739-johs-y17v03s11-2>.
19. สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 2563; 14(33): 52 – 70.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Factors affecting to health promotion behaviors among village health volunteers, Hua Hin district, Prachuapkhiri Khun province.

พนิดา สุขใจ*
Panida Sukjai*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 261 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t-test, Anova และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ภาพรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.18$) โดยพบว่า การบริโภคอาหาร ด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.06, 3.45, 3.42, 3.69$) ส่วนการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.25$) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = .222, r = .226$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.386$)

สรุป: จากผลการวิจัย ควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ โดยกิจกรรมที่จัดควรมีความหลากหลายทั้งวิธีการและรูปแบบ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทและส่วนร่วมสนับสนุนเรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การส่งเสริมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This descriptive research were study to health promotion behavior of village health volunteers and compare health promotion behavior classified by personal factors and determine association between

acknowledgment of benefit and obstacle of health promotion community support with health promotion behavior. The sample was 261 village health volunteers. The data were analyzed by using descriptive, t-test, Anova and Pearson product moment correlation coefficient statistics. Result found that: 1) The village health volunteers had an average in a high level of self-promoting behaviors in all 5 aspects ($\bar{x} = 3.18$). These high level were included food consumption, emotional aspects, smoking, and alcohol consumption ($\bar{x} = 3.06, 3.45, 3.42, 3.69$) and exercise behavior was in a middle level ($\bar{x} = 2.25$) 2) The village health volunteers of different sexes had different health promotion behaviors at statistical significance at the 0.05 level. 3) Recognizing the benefits of health promotion and supporting from community were positively correlated with health promotion behaviors of village health volunteers ($r = .222, r = .226$). The perceived barriers to health promotion were negatively associated with health promotion behaviors of village volunteers ($r = -.386$)

Conclusion: From research results Activities should be organized to create awareness of the benefits of promoting health behaviors. Organized activities should have a variety of methods and formats and Encourage families to participate in supporting health promotion issues.

Keywords: Health promotion, Behavior, Village health volunteers.

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวมในประเทศไทยการะโรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อหลักๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์การตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)¹ จาก

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 จำนวน 4.8 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คน ความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 เป็น ร้อยละ 24.7 คิดเป็น 13 ล้านคน เพิ่มขึ้นปีละ 600,000 คน ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 34.7 เป็น ร้อยละ 37.5 (กรมควบคุมโรค, 2560)¹ และสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในพื้นที่อำเภอหัวหินจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน 3,401 คน ในปี พ.ศ.2561 เพิ่มขึ้นเป็น 3,709 คน และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในปี

พ.ศ. 2560 จำนวน 8,419 คน ในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 9,413 คน (งานควบคุมโรค โรงพยาบาลหัวหิน, 2562)² และจากการสำรวจสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลเมืองหัวหิน พบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI \geq 25 kg/m²) ร้อยละ 47.8 (เทศบาลเมืองหัวหิน, 2560)³ โรคไม่ติดต่อก่อผลกระทบต่อสุขภาพทางเศรษฐกิจทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่าย สำหรับการรักษาพยาบาลและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมถึงความสูญเสียทางสังคมจากการขาดงานและปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ของผู้ป่วย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เป็นขบวนการที่เพิ่มขีดความสามารถหรือศักยภาพในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต เลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ การอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อจัดและหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพที่ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ และนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิต (ประกาย วิโรจน์กุล, 2556)⁴ การสร้างสุขภาพด้วย “3อ 2ส” คือลดปัจจัยเสี่ยง ด้วยการลดอ้วน ลดละเลิกเหล้า บุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานเพิ่มคุณค่าและคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น (วิชัย เทียนถาวร, 2556)⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นประชาชนในชุมชนที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นกำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญในการช่วยงานในด้านสาธารณสุข มีความใกล้ชิดกับชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)⁶ อสม.จึงควรเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ เป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งของตนเอง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน (กอง

สนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)⁷ กระทรวงสาธารณสุขได้สังเกตเห็นว่าบุคคล ที่เป็นเครือข่ายในการพัฒนางานสาธารณสุขและเป็นทรัพยากรที่สำคัญด้านสุขภาพในระดับชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่ทั่วประเทศและได้รับความเชื่อถือเป็นผู้นักที่คนทำงานด้วยจิตอาสาเพื่อชุมชน เป็นผู้มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดี มีบทบาทเป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน โดยการเริ่มต้น มีส่วนร่วมด้วยการดูแลสุขภาพของตนเองก่อน (พานิช สีตกะสิน, 2556)⁸ การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม อสม.ที่ผ่านมามีข้อจำกัดที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส (ฐาปณี สิริรุ่งเรือง, 2559)⁹ อายุ (ชัชวิเชียรประภา, 2555)¹⁰ รายได้ต่อเดือนและระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค (อรทัย อินทร์แก้ว, 2550)¹¹ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (นิชนันท์ เจริญบัณฑิตย์, 2559)¹² ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. (วาสนา วิถี, 2555)¹³ จีราภรณ์ เรื่องสงคราม, 2558,¹⁴ จักริ บัดดี 2559¹⁵ และนิชนันท์ เจริญบัณฑิตย์, 2559)¹¹

โดยผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งในงานที่ปฏิบัติมีทั้งรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรคและงานด้านฟื้นฟูสุขภาพ โดยได้ทำงานประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสนใจที่จะศึกษาว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างไรบ้างและมีปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างไร เพื่อนำผล

การศึกษามาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพให้เพื่อนบ้านได้รู้ได้เห็น และทำตามเป็นแบบอย่าง ในการศึกษานี้ได้ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011)¹⁶ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา

อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การทำวิจัยครั้งนี้

ทำการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัด

ประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง มีจำนวนทั้งหมด 748 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 261 คน

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนามาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับตัวแปรต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ พฤติกรรม

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t-test, Anova และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.0 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.2 สถานภาพคู่ ร้อยละ 72.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 55.2 และระยะเวลาการทำงานระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 28.7

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.18$) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมกรสูบบุหรี่และ

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับ
มาก ($\bar{x} = 3.06, 3.45, 3.42, 3.69$) ส่วนพฤติกรรมการ
ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.25$)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ที่มีเพศต่างกัน มี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ส่วนอายุ สถานภาพ
สมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .222, r = .226$)
ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมี
ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพ ($r = -.386$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน มีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ตนเอง ภาพรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้
เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอน
ปลาย เป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ และ
เนื่องจากการเป็น อสม. ได้รับมูลข่าวสาร มีการอบรม
ความรู้ต่อเนื่องทุกปีรวมทั้ง อสม. ต้องทำหน้าที่ในการ
ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและทำหน้าที่เป็น
ตัวอย่างที่ดีเพื่อให้ประชาชนยอมรับ และเป็น

แบบอย่างของประชาชนในเขตรับผิดชอบ จึงทำให้
กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ
มาก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นิธินันท์ เจริญบัณ
ทิตย์ (2559)¹¹ ที่พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริม
สุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เพศ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย เป็นไปตาม
สมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากเพศเป็นปัจจัย
ด้านชีววิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และ
ความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ
(Pender et al., 1987)¹⁷ เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึง
ความแตกต่างทางด้านร่างกาย ความคิดและความ
เชื่อ ซึ่งย่อมส่งผลให้เพศชายและเพศหญิงมี
พฤติกรรมที่แตกต่างกัน รวมถึงพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนมาศ
โกศลและคณะ (2561)¹⁸ ที่พบว่า เพศมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
และสอดคล้องกับการศึกษาของธรรมศักดิ์ สาย
แก้วและคณะ (2561)¹⁹ ที่พบว่า เพศมีผลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 302ส

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในด้านความคิดความรู้สึกที่เฉพาะพฤติกรรม ได้แก่ การที่บุคคลคาดหวังในผลลัพธ์ด้านบวกหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Pender et al., 2011)¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559)¹¹ พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .298, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2555)²⁰ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยที่ถูกคัดสรร และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติได้ ร้อยละ 63.30

แรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 9 ทั้งนี้เนื่องจากตัวแปรด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและแหล่งที่จะสนับสนุนให้เกิดการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข อิทธิพลระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐาน (ความคาดหวังของผู้อื่น) การสนับสนุนทางสังคม(ด้านเครื่องมือและอารมณ์) และแบบอย่าง (การเรียนรู้โดยสังเกตจาก

ประสบการณ์ของผู้อื่น) (Pender et al.,2011)¹⁶ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา อยู่ในพื้นที่ชนบท ทำให้วิถีชีวิตและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อน และบุคคลกรสาธารณสุข เป็นแรงสนับสนุนในการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559)¹¹ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .274, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจกรี ปัดพี (2559)¹⁵ พบว่า การมีจิตอาสา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนของอสม.ได้ ร้อยละ 23.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริม

สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้การคาดการณ์ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลต่อความตั้งใจ และการปฏิบัติของบุคคล การรับรู้อุปสรรคกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะเมื่อขาดความพร้อมในการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและการรับรู้อุปสรรคต่ำ ก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีผลโดยตรง ในการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม และโดยอ้อมคือทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง (Pender et al., 2011)¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย อินทร์แก้ว (2550)¹² พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพโดยรวม สามารถพยากรณ์ หรือร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขได้ ร้อยละ 39.50

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. จัดโครงการส่งเสริมพฤติกรรมในด้านการ ออกกำลังกาย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าระดับ พฤติกรรม การออกกำลังกายอยู่ในระดับปาน กลาง ซึ่งน้อยกว่าพฤติกรรมด้านอื่น โดยเน้น ใน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็น เพศชาย เช่น การแข่งขันกีฬา

2. จัดกิจกรรม/ โครงการ เพื่อสร้างเสริมให้ เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพ โดยกิจกรรมที่จัดควรมีความ หลากหลวมทั้งวิธีการและรูปแบบ เช่น การ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้สุขศึกษา การจัด กิจกรรมอบรมเชิง ปฏิบัติการ การจัดกิจกรรม ฐาน แลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อให้เกิดความน่าสนใจและ ส่งเสริมการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพมหานคร: บริษัทโอมิชั่นอาร์ต.
2. งานควบคุมโรค โรงพยาบาลหัวหิน. (2562). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ อำเภอหัวหิน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์.
3. เทศบาลเมืองหัวหิน. (2560). รายงานการสำรวจสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมือง หัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.
4. ประกาย วิโรจน์กุล. (2556). การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สถาบัน พระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
5. วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย.

3. จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พุดคุยแสดงความคิดเห็นเพื่อค้นหาอุปสรรค การปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขความเชื่อที่ผิด รวมทั้ง ส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ แก้ปัญหา เช่น การจัดการความเครียด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาจาก ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่ทำให้การ ศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และ ขอขอบคุณ โรงพยาบาลหัวหินที่ให้โอกาสผู้วิจัย ได้ศึกษางานวิจัยฉบับนี้

6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2554).คู่มือ อสม.ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
7. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีสหกิจชุมชนยั่งยืนเพื่อการขับเคลื่อน ชุมชนจัดการระบบสุขภาพ เข้มแข็งเมืองไทยแข็งแรง.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย .
8. พาณี สีตะกะลิน. (2556). การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต(พิมพ์ครั้งที่2).นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
9. รุาปณี สิริรุ่งเรือง. (2559). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของพนักงานบริษัทเบทาโกร จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพมหานคร.
10. ธวัช วิเชียรประภา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา.
11. นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาล ศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพา,ชลบุรี.
12. อรทัย อินทร์แก้ว.(2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา.วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต,ภูเก็ต.
13. วาสนา วิถี. (2555). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี,อุบลราชธานี.
14. จิราภรณ์ เรืองสงคราม. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่,เชียงใหม่.
15. จักรี บัณฑิต, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี.สืบค้นเมื่อ21 ธันวาคม 2563 .จาก itthesis-ir.su.ac.th.
16. Pender, N. J., Murdaugh C. L., & Parsons M. A. (2011). Health promotion in nursing practice (6th ed.). New Jersey: Pearson/ Prentice Hall.
17. Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk. Conn: Appleton and Lenge.

รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา

Core competency promotion model for village health volunteers (VHVs) 4.0 in Soeng Sang district, Nakhon Ratchasima province

เกรียงไกร แผงด่านกลาง*
Kriengkrai Faungdanklang*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะ อสม. 4.0 3) ประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะ อสม. 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 273 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564 ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.42 มีความรู้เทคโนโลยีดิจิทัลของอยู่ในระดับต่ำ รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะ อสม. 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา คือ หลักสูตรการสร้างเสริมสมรรถนะ อสม. 4.0 ประกอบด้วย 1) ชื่อหลักสูตร 2) วัตถุประสงค์หลักสูตร 3) วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของผู้เรียน 4) เนื้อหาหลักสูตร 5) วิธีการเรียนการสอน 6) สื่อการเรียนการสอน และ 7) การประเมินผล พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.69 มีความรู้เทคโนโลยีดิจิทัล อยู่ในระดับสูง มีการนำความรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และความรู้การใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพต่างๆ ไปใช้ประโยชน์เพื่อประเมินสุขภาพและพัฒนา งาน ร้อยละ 100 โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชัน smart อสม. มีการจัดทำสื่อเผยแพร่ด้วยมีสื่อเกี่ยวกับความรู้ในการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนสติฉุกเฉิน (CPR)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับนโยบายการพัฒนา อสม.4.0 เพื่อให้ อสม. สามารถรู้เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมดิจิทัล สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา อสม. ควรขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา อสม. 4.0 อย่างจริงจัง โดยนำรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะ อสม. 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: สมรรถนะ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The objectives of this research were to study 1) the digital technology knowledge of village health volunteers (VHVs). 2) The development of competency development model for village health volunteers.

3) The evaluation of the competency development model for village health volunteers (VHVs) 4.0 in Soeng Sang district, Nakhon Ratchasima province. The sample size was 273 village health volunteers. The data were collected by questionnaire and In-depth Interview. The data were analysis by frequency, percentages, mean, standard deviation, and content analysis. This research was studied between October - December 2021. The results of this research showed that: the most in low-level 61.42 %. The model for village health volunteers was the course of the competency development with 1) The name of training course. 2) The objective of training course. 3) The behavioral objectives of students. 4) The content of training course. 5) The studying method and The teaching method. 6) The studying media and the teaching media. 7) Evaluation. The evaluation of the Competency Development Model find the most of village health volunteers (VHVs) had the digital technology knowledge in high-level 85.69%. They used the digital technology knowledge and the health knowledge application for health evaluation and development work 100%, the smart VHVs application especially.

Recommend: The Related agencies should focus about the development of village health volunteers (VHVs) 4.0 policy. They must able to be aware of the situation the digital society, able to work quickly and effective. The Related agencies should apply the competency development model for village health volunteers (VHVs) 4.0 in Soeng Sang district, Nakhon Ratchasima province used in accordance with the situation and context of the area.

Keyword: Competency, Village health volunteers (VHVs)

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ ให้ความสำคัญในการสร้างคนไทย 4.0 ที่มีความพร้อมที่จะเรียนรู้อย่างไม่รู้สิ้นสุด มีความพร้อมที่จะพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ และมีศักยภาพที่จะรองรับเทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรม

สามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ 21 ได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเครือข่ายกำลังคนภาคประชาชนที่สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขได้เสริมสร้างศักยภาพให้สามารถทำบทบาทหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน ซึ่ง ถือเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและครอบคลุมทุกพื้นที่ในระดับครอบครัวและชุมชน การพัฒนาศักยภาพ ทั้งด้านความรู้ ความสามารถในการดำเนินงาน อย่างทัน

เหตุการณ์ตามยุคสมัยของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา จึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงหลักสูตร เนื้อหาการอบรม พัฒนาศักยภาพ ให้สอดคล้องตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของศตวรรษที่ 21 ในยุคสังคมดิจิทัล การก้าวไปสู่ประเทศไทย 4.0 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงต้องได้รับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นของคนในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องตามยุคสมัย ตามวิสัยทัศน์ Thailand 4.0

กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชนมีศักยภาพพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีเครือข่ายในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้มีจิตอาสา เสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้ อสม. ถือเป็นจุดเชื่อมที่สำคัญในการนำนโยบายต่างๆ จากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่กว่า 1.04 ล้านคน ให้มีสมรรถนะ เป็น อสม. 4.0 โดย (1) สร้างช่องทางการสื่อสารให้ความรู้กับ อสม. โดย พัฒนา Application ในโทรศัพท์มือถือ เพื่อเป็นเครื่องมือให้ อสม. ใช้หาความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชน เป็นช่องทางในการรับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ใหม่ ๆ ได้อย่างรวดเร็ว (2) กำหนดให้ อสม.4.0

เป็นผลผลิต ผลลัพธ์สำคัญของการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี 2561 มีเป้าหมาย อสม. 4.0 จำนวน 300,000 คน และ อสม. ทุกคนเป็น อสม. 4.0 ภายใน 5 ปี สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 เป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมกรการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตามนโยบาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 ที่ได้มีการปฏิบัติจริง ซึ่งคุณลักษณะของบุคคลที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานและพฤติกรรม คุณลักษณะเหล่านี้ส่วนหนึ่งมาจากทักษะความรู้ ความสามารถ ทักษคติ บุคลิกภาพ ค่านิยม หรือพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น การจะดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 ที่กำหนดไว้ได้นั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องมี ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ที่มีประสิทธิภาพ (Development of civil servants according to the main competencies, 2010)

อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา พื้นที่ปกครอง ประกอบด้วย 6 ตำบล 87 หมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 1,353 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสิงสาง ได้ดำเนินการตามนโยบายในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีสมรรถนะเป็น อสม. 4.0 มาตั้งแต่ปี 2562 มีการกำหนดรูปแบบและแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยกระดับให้เป็น อสม.หมอประจำบ้าน มีการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ โทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านการอบรมจำนวน 261 คน แต่เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้

เทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งยังมีค่อนข้างน้อย และถือเป็นเรื่องใหม่ที่ทุกคนต้องเรียนรู้ไปด้วยกัน ยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน โดยเฉพาะการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของ อสม.ในเรื่องดังกล่าว ทำให้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพให้ อสม. สามารถรู้เท่าทันสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมดิจิทัล สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา
3. ประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน (Mixed Method) ระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และรูปแบบการ

วิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,353 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 บัญชีส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรอบรู้เทคโนโลยีดิจิทัล **มือที่ใช้ในการวิจัย** ใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview Guideline) ผู้วิจัยได้สร้างแนวทางการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาตอนที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.54 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.46 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 89.46 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 66.42 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.31 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.42 มีความรอบรู้เทคโนโลยีดิจิทัลของอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษาดอนที่ 2 รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย ชื่อหลักสูตร การสร้างเสริมสมรรถนะ อสม. 4.0 วัตถุประสงค์หลักสูตร 1) พัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้มีความรอบรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 2) พัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ 3) พัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้ปฐมพยาบาลพื้นฐานสัญญาณชีพเบื้องต้นได้ 4) สร้างทีมวิทยากรแกนนำ ครู ก อสม.4.0 และขยายผลในพื้นที่ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของผู้เรียน 1) ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะที่ต้องการในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 2) ผู้เรียนมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสารและสืบค้นข้อมูล 3) ผู้เรียนสามารถใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพและการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ 4) ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ 5) ผู้เรียนมีทัศนคติที่ดีในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ 6) ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะในการถ่ายทอดความรู้ตามหลักสูตรการอบรมได้ เนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับ อสม.4.0 จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเบื้องต้น กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเน็ตประชารัฐ รู้เท่าทันสื่อ (Sure & Share) การตรวจสอบแหล่งข้อมูล แอปพลิเคชันกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติงานของ อสม. การสืบค้นและเข้าถึงข้อมูล เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง การผลิตสื่อเผยแพร่อย่างง่ายด้วยสมาร์ตโฟน เรียนรู้การใช้งานแอปพลิเคชันสุขภาพและการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ Smart อสม., Thai CV risk, Khunlook, Doctor Me, Thai EMS1669, RDU, Oryoe ฯลฯ) การใช้ QR code และ Google form ส่วนที่ 2 การปฐมพยาบาลพื้นฐานชีพเบื้องต้น ส่วนที่ 3 การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ส่วนที่ 4 การออกแบบสร้างคุณค่าขับเคลื่อนและขยายผล แกนนำ อสม.4.0 วิธีการเรียน

การสอน : บรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ประชุมกลุ่ม นำเสนอ สื่อการเรียนการสอน ได้แก่ โทรศัพท์มือถือรูปแบบ smart phone สัญญาณอินเทอร์เน็ต คลิปวิดีโอ Applicationที่เกี่ยวข้องของ อุปกรณ์ต่อพ่วงสัญญาณระหว่าง โทรศัพท์มือถือกับเครื่องฉายภาพ การประเมินผล : ประเมินความรู้และทักษะ ด้วยการสังเกต และ สอบถาม

ผลการศึกษาดอนที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลการประเมิน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.69 มีความรอบรู้เทคโนโลยีดิจิทัลของอยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ในการใช้สื่อสารสังคมออนไลน์ มีการนำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 100 ความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพเพื่อประเมินสุขภาพและพัฒนางาน พบว่า ที่มีการนำไปใช้ประโยชน์มากที่สุดคือ การใช้แอปพลิเคชัน smart อสม. (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ แอปพลิเคชัน EMS และ แอปพลิเคชัน Doctor Me (ร้อยละ 98.07 และ ร้อยละ 94.23 ตามลำดับ) ที่มีการนำไปใช้ประโยชน์น้อยที่สุดคือ แอปพลิเคชัน นับก้าว (ร้อยละ 86.53) การจัดทำสื่อเผยแพร่ด้วยมือถือ มีการนำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 92.30 ความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น มีการนำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 96.15 การช่วยฟื้นคืนสัญญาณชีพเบื้องต้น (CPR) นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 88.46 การออกกำลังกาย แบบ SKT นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 84.61 และ การออกแบบขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 90.38

อภิปรายผล

จากผลการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. หลักสูตรการสร้างเสริมสมรรถนะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย ชื่อหลักสูตรวัตถุประสงค์หลักสูตร วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา วิธีการสอน สื่อการเรียนการสอน การประเมินผลซึ่งเมื่อจัดกลุ่มขององค์ประกอบแล้วสามารถแบ่งองค์ประกอบเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) สถานการณ์ 2) การออกแบบ (Design) หลักสูตร ซึ่งสอดคล้องกับ ADDIE model ซึ่งเป็นแนวคิดหลักการออกแบบกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเป็นระบบคิดค้นขึ้นโดย Florida State University's Center for Educational Technology (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548) และการนำหลักสูตรการอบรม อสม.4.0 ไปใช้ สาระเนื้อหากระบวนการเรียนรู้สามารถปรับได้ตามบริบท สถานการณ์ผู้เรียน ตามแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรที่เป็นพลวัตของมัลติคัลม สกิลเบ็ก ที่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์สถานการณ์ ปรากฏการณ์ของสังคมที่แตกต่างกัน (สิทธิชัย เทวธีระรัตน์, 2543:43) ส่งผลให้ อสม.ที่เข้ารับการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา สามารถแสดงสมรรถนะ อสม. 4.0 ได้ ดังจะเห็นจาก ผลการทดสอบความรู้หลังการอบรม เรื่อง ความรอบรู้เทคโนโลยีดิจิทัล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้เทคโนโลยีดิจิทัล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.69

2. ผลการประเมินการสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา ด้านการนำความรู้

ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ไปอบรมสร้างเสริมสมรรถนะ อสม. ในพื้นที่ที่มี อสม.ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จาก ทีม อสม.ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของผู้วิจัยจำนวนทั้งสิ้น 87 คน และการประเมินการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์คะแนนส่วนใหญ่ทุกด้านทุกข้ออยู่ในระดับสูง หมายความว่า การสร้างเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา เป็นรูปแบบที่สามารถให้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ถือได้ว่าเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะ อสม.4.0 ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาดา เสนาะพิน (2557) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะการเป็นผู้บริหารมีอาชีพ สำหรับผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า 1. รูปแบบการจัดการฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้บริหารมีอาชีพ สำหรับผู้บริหารสถานศึกษา ขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย หลักการ การกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม การจัดการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และควรดำเนินการตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ
2. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแล และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังอย่างชัดเจน

รวมถึงขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในทุกระดับให้เกิดผล
เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควร

จัดสรรงบประมาณ เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ และ
จัดเตรียมบุคลากรเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เพื่อเพิ่มศักยภาพให้
ผู้สูงอายุสามารถสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้

4. องค์กร ภาควิชาในชุมชน ควร

ให้ความสำคัญการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
และกำหนดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เป็นวาระ
เร่งด่วนที่ชุมชน สังคมต้องร่วมกันรับผิดชอบ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยการพัฒนาหลักสูตร
การสร้างเสริมสมรรถนะ อสม.4.0 ด้านความรู้
ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องการปฐมพยาบาล
เบื้องต้น เป็นผู้นำออกกำลังกาย และด้านจิตอาสาและ
เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดย มีทักษะ

เอกสารอ้างอิง

ปกาศา เสนาะพิน. 2557. การพัฒนารูปแบบการจัดการฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะการเป็นผู้บริหารมืออาชีพ
สำหรับผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. ปรัชญาคุษฎีบัณฑิตมหาวิทยาลัยนอร์ท-กรุงเทพฯ
มนต์ชัย เทียนทอง. (2548). มัลติมีเดียและไฮเปอร์มีเดีย. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
สิทธิชัย เทวธีระรัตน์. (2543). การเปิดรับสารและทัศนคติของกลุ่มคนวัยทำงานต่อการโฆษณาเพื่อสิ่งแวดล้อมทาง
โทรทัศน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการ โฆษณาคณะนิเทศศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) จาก<http://www.nesdb.go.th/>

Development of civil servants according to the main competencies. (2010). Civil service development institute
office of the development of position and compensation system. Nonthaburi: Office of the provincial custody.

ปฏิบัติการช่วยเหลือสังคม การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
และช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR: Cardiopulmonary)

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริม

สมรรถนะ อสม. 4.0

3. ควรศึกษารูปแบบการฝึกอบรม อสม. ผ่าน

ระบบออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณชมรมอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเสิงสาง
จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลเสิงสาง โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเสิงสาง ตลอดจน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุก
ท่าน ที่ให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมือในการ
ทำวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียม ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ของประชาชนในจังหวัดนครพนม

A survey of sodium intake and factors related to 24-hour urinary sodium content of people in Nakhon Phanom province

มารดี ศิริพัฒน์*
Maradee Siriphat*

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง ในครั้งนี้เพื่อศึกษาประมาณค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวัน โดยการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ประชากรอายุระหว่าง 20 – 69 ปีในจังหวัดนครพนม โดยการวิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified two-stage cluster sampling จำนวน 420 คน เก็บข้อมูลช่วงกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2565 โดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Complex survey design เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยและค่า 95% ช่วงความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 314 ตัวอย่าง การประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันเท่ากับ 3,773 มิลลิกรัม หรือบริโภคเกลือ 10 กรัม ซึ่งสูง 1.9 เท่าของคำแนะนำ WHO ด้านคุณลักษณะ พบประชากรที่มีค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันสูง ดังนี้ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สูงกว่าในเขตเทศบาล เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย กลุ่มอายุ พบกลุ่ม อายุ 30 – 39 ปี และกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี สูงกว่ากลุ่มอื่น กลุ่มผู้มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีค่าสูงกว่ากลุ่มผู้มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า กลุ่มผู้มีรายได้ มากกว่า 5,001 บาท ขึ้นไป มีค่าสูง และจะเพิ่มสูงขึ้นตามรายได้ ผู้ที่มี BMI น้อยกว่า 18.5 kg/m² มีค่าสูงและจะเพิ่มขึ้นเมื่อค่า BMI เพิ่มขึ้น ผู้ที่ชอบอาหารรสจัดมีค่าสูงกว่ากลุ่มอื่น ในกลุ่มผู้มีประวัติเบาหวานมีค่าสูง ส่วนในกลุ่มผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าต่ำ ผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนแก้ปัญหาและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในจังหวัดนครพนมต่อไป

คำสำคัญ: การบริโภคโซเดียม, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

Abstract

This cross-sectional study were to conducted under Thailand nationwide the salt and sodium consumption reduction strategy in Thailand 2016-2025, a nationwide population survey with 24 hour urine collections in during February to May 2022 in Nakhon Phanom province. The population were 420 people aged between 20 – 69 years from 7 municipal and non-municipal areas, each of 30 villages by stratified two-stage cluster sampling method. The

data were collected by interview, physical examination and laboratory examination and were analyzed by complex survey design to estimate the mean and 95% confidence interval using statistical package. Results: Among 314 qualifying subjects, the estimated average daily sodium intake was 3,773 mg or 10 g of salt intake, which was 1.9 times the WHO recommendation. The population found that the average daily consumption of sodium was high as follows: living outside the municipality were higher than in the municipality, Females were higher than males, age group 30 – 39 years old and the age group 40 – 49 years were higher than other groups, people with secondary education or higher were higher than those with primary education or lower, income >5,001 baht were high and will increase with income, BMI less than 18.5 kg/m² were high and will increase with BMI. People who like spicy food have higher than other groups, history of diabetes were high. However, people with high blood pressure, the value was low. The finding of this study would be used as input information for relevant agencies in planning and implementation for solving problems.

Keyword: Sodium Intake, Factors related, 24-Hour urinary sodium content.

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

บทนำ

รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO,2020) ในปีพ.ศ. 2562 พบว่า โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) เป็น 7 ใน 10 สาเหตุสำคัญการเสียชีวิตของประชากรโลกเป็น⁽¹⁾ ร้อยละ 44 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือ ร้อยละ 80 ของ 10 อันดับแรก และ ร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลก กลุ่มโรค NCDs ที่มีการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน (ร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง 9.0 ล้านคน (ร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคน (ร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน (ร้อยละ 4) พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี สูงถึง 15 ล้านคน (ร้อยละ 85) พบมากในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและ

กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ซึ่งปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างรุนแรง พบว่า ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคน และสอดคล้องกับแนวโน้มการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เพิ่มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2560 พบการบริโภคเกลือหรือโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิต 3.2 ล้านคน ทำให้สูญเสียสุขภาพประมาณ 70 ล้านปี (DALYs; Disability Adjusted Life Years) WHO สนับสนุนผลักดันเพื่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรให้ลดลง ร้อยละ 30 ภายในพ.ศ. 2568 ซึ่งเป็น 1 ใน 9 เป้าหมาย (9 Voluntary Global NCD Targets) ของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ทุกประเทศสมาชิกดำเนินการให้ไปสู่เป้าประสงค์สำคัญ

ในการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จาก 4 โรคไม่ติดต่อหลักถึง ร้อยละ 25 ภายใน พ.ศ. 2568 (25% reduction in premature deaths) ยังถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ เป้าหมายที่ 3 ด้านสุขภาพ 7 (Sustainable Development Goal-3) WHO แนะนำบุคคลทั่วไปควรรับประทานโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ เกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน โดยอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ มื้อละไม่เกิน 600 มิลลิกรัมและอาหารว่างอีก 2 มื้อต่อวัน มื้อละไม่เกิน 100 มิลลิกรัม ถ้าไม่มีอาหารว่าง อาหารหลักควรมีโซเดียมไม่เกิน 700 มิลลิกรัม ถ้าใช้เครื่องปรุงรสไม่ควรเกิน 400 มิลลิกรัมต่อมื้อ เป็นต้น

ประเทศไทย โดยมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 ได้รับรองนโยบายการลดการบริโภคเกลือ และโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ภายใต้โครงการยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2568⁽²⁾ โดยกรมควบคุมโรค ได้พัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเกลือหรือโซเดียมระดับจังหวัด (Model Development) โดยเล็งเห็นการบริโภคเกลือหรือโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า มีการบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อคน เท่ากับ 3,636 มิลลิกรัม ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดนครพนม 3 ปี ย้อนหลัง (2561-2563)⁽³⁾ พบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเท่ากับ 6.47, 6.87, 4.18 ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคไตเรื้อรัง 53.97, 55.08 และ 40.97 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

นอกจากนั้น จากการสำรวจพฤติกรรมกรมการบริโภคพบว่า ประชากรจังหวัดนครพนมมีการบริโภคอาหารรสเค็ม ร้อยละ 59 (การสำรวจ พฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง NCD เขต 8, 2563) ซึ่งการได้รับโซเดียมเกินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ และยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมา ทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและรักษาพยาบาลของประเทศสูง ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก สูญเสียทรัพยากรบุคคล ก่อนวัยอันควร

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัยขึ้น ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์การบริโภคเกลือของประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักในการลดการบริโภคเกลือ และนำไปพัฒนาวิธีการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนในจังหวัดนครพนมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันโดยการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยคุณลักษณะประชากรกับประมาณค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวัน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) การศึกษานี้อยู่ภายใต้การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2565 ดังนั้น การศึกษาแบบตัดขวาง พ.ศ.2565 ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก ที่ IRBRTA0174/2564 รหัสโครงการ S093q/63 รับรองโครงการวิจัยเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรอายุระหว่าง 20 – 69 ปี ในจังหวัดนครพนมที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 7 หมู่บ้าน และนอกเขตเทศบาล 7 หมู่บ้าน ละ 30 คน รวม 420 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะต่อวัน ดังนั้น **การสุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified two-stage cluster sampling ดังรูปที่ 2 รายละเอียด ดังนี้

1. สุ่มเลือกครั้งที่ 1 เลือกหมู่บ้าน ในเขตเทศบาล 7 หมู่บ้าน และนอกเขตเทศบาล 7 หมู่บ้าน จากหมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดนครพนม โดยวิธี Probability proportional to size sampling (PPS)

2. สุ่มเลือกครั้งที่ 2 เลือกบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20 - 69 ปี ในหมู่บ้านตัวอย่าง หมู่บ้านละ 30 ราย โดยวิธี Systematic Sampling จาก 10 ชั้นภูมิคือ เพศ

ชายมี 5 ชั้นภูมิและเพศหญิงอีก 5 ชั้นภูมิ ชั้นภูมิ ละ 3 คน และรายชื่อสำรวจชั้นภูมิละ 3 คน

3. เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษาเพื่อขจัดความแปรปรวนที่มาจากปัจจัยภายในของตัวอย่างที่ส่งผลกระทบต่อ ผู้ที่ทราบว่าคนป่วยโรคต่อไปนี้คือ โรคไตระยะที่ 3-4 โรคตับ โรคทางระบบทางเดินอาหาร สตรีที่ตั้งครรภ์หรือสตรีที่กำลังให้นมบุตร ผู้ที่แพทย์ให้จำกัดอาหารประเภทโปรตีนสูง (High protein diet) หรืออาหารพลังงานต่ำ (Hypocaloric diet) มีปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่รวบรวมได้ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความครบถ้วนของปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ปริมาณปัสสาวะที่รวบรวมใน 24 ชั่วโมงน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร และมีปริมาณครีเอตินิน (Creatinine excretion) น้อยกว่า 720 mg/day สำหรับผู้หญิง และน้อยกว่า 980 mg/day สำหรับผู้ชาย

เครื่องมือในการวิจัย แบบสอบถาม การบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การตรวจร่างกาย ได้แก่ การชั่งและวัด น้ำหนัก ส่วนสูง วัดระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก 3 ครั้ง และสภาวะสุขภาพ แบบบันทึกการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และผลการตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ

วิธีการวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ การเทียบค่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงจากหน่วยมิลลิโมล เป็นมิลลิกรัม และปรับความครบถ้วนเพื่อประมาณการบริโภคโซเดียม ร้อยละ 90 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Complex survey design โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่า 95%

ช่วงความเชื่อมั่น (95% Confidence interval of percentage) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

กระบวนการยินยอมและการพิทักษ์สิทธิ์

กลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยภาคสนามได้รับรายชื่อตัวอย่างแล้ว ประสานติดต่อไปยังกลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่บนเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ขอเชิญเข้าร่วม และขอให้ความยินยอมเป็นอาสาสมัครงานวิจัยเพื่อให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ประมาณการค่าเฉลี่ยการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงของประชากรอายุ 20 – 69 ปี จังหวัด นครพนม พ.ศ. 2564 (Weighted means N=314)

ปริมาณการบริโภค	ค่าเฉลี่ย	95% CI of Mean	
		Lower	Upper
ปริมาณการบริโภคโซเดียม	3773	3290.5	4255.9
ปริมาณการบริโภคเกลือ (กรัม)	10	8.4	10.8

หมายเหตุ WHO แนะนำบริโภค โซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ เกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน

2. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทาง

ประชากร กับประมาณค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวัน โดยการ ตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงของประชากรอายุ 20-69 ปี ในจังหวัดนครพนม ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวันของประชากร อายุ 20-69 ปี ตามลักษณะประชากร ดังนี้

พื้นที่อาศัย ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (4,510.5 มิลลิกรัม) สูงกว่าในเขตเทศบาล (4,069.9 มิลลิกรัม)

เพศ พบหญิงมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (3,957.8 มิลลิกรัม) สูงกว่าเพศชาย (3,574.9 มิลลิกรัม)

กลุ่มอายุ พบกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (4,205.1 มิลลิกรัม) สูงสุด

1. ประมาณค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวัน โดยการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงประชากรอายุ 20-69 ปี จากการวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จำนวน 420 ตัวอย่าง เมื่อพิจารณา Creatinine ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ตามเกณฑ์การคัดออก คือ ปริมาณน้อยกว่า 720 mg/day สำหรับผู้หญิง และน้อยกว่า 980 mg/day สำหรับผู้ชาย มีตัวอย่างผ่านเกณฑ์ 314 ตัวอย่าง ร้อยละ 74.76 เพศหญิง ร้อยละ 51.8 เพศชาย ร้อยละ 48.2 ผลการตรวจวัดปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง พบประมาณการ

รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30 – 39 ปี (3,964.7 มิลลิกรัม) และกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น (3,378.9 มิลลิกรัม)

ระดับการศึกษา พบระดับมัธยมศึกษา ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (4,149.7 มิลลิกรัม) สูงสุด และระดับประถมศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น (3,378.9 มิลลิกรัม) ค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียม 3,773 มิลลิกรัม หรือบริโภคเกลือเฉลี่ย 10 กรัม

รายได้ต่อเดือน พบรายได้ 5,001-10,000 บาทขึ้นไปค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (3,998.2 มิลลิกรัม) สูงกว่ากลุ่มอื่น และรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น (3,542.5 มิลลิกรัม)

ความชอบรสชาติอาหาร พบค่าการทาน

อาหารรสเผ็ดมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (5,040.4 มิลลิกรัม) สูงสุด รองลงมาคือรสเค็ม (4,590.0 มิลลิกรัม) และรสจืดมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ารสอื่น (3,669.5 มิลลิกรัม)

ระดับค่าดัชนีมวลกาย (BMI: kg/m²) พบค่า

BMI ตั้งแต่ 25.0 kg/m²ขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (3,827.5 มิลลิกรัม) สูงกว่ากลุ่มอื่น และ BMI น้อยกว่า 18.5 kg/m² ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น (2,361.3 มิลลิกรัม)

ภาวะความดันโลหิตสูง ประชากรที่ไม่มี

ภาวะความดันโลหิตสูงค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (3,819.3 มิลลิกรัม) สูงกว่า ประชากรที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (3,659.4 มิลลิกรัม)

ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ประชากรที่มี

ประวัติโรคเบาหวานค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (4,126.2 มิลลิกรัม) สูงกว่า ประชากรที่ไม่มีประวัติโรคเบาหวาน (3,754.3 มิลลิกรัม) ในภาพรวม พบว่าการชอบรับประทานเผ็ดมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (5,040.4 มิลลิกรัม)

ดัชนีมวลกาย (BMI: kg/m²) น้อยกว่า 18.5

kg/m² ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวัน (2,361.3 มิลลิกรัม)

สรุปและวิจารณ์

ผลการศึกษาการประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมจากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงของประชากร อายุ 20 - 69 ปี เมื่อปรับความครบถ้วนประมาณการปริมาณการบริโภคโซเดียม ร้อยละ 90 แล้วพบค่าเฉลี่ย ปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันของจังหวัดนครพนม เท่ากับ 3,773 มิลลิกรัมหรือบริโภคเกลือ 10 กรัม ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำที่องค์การอนามัย

โลกกำหนด 1.9 เท่า สัดส่วนประชากรอายุ 20 - 69 ปี มีการบริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวันสูงกว่าในเขตเทศบาล เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงกว่าเพศชาย ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ และในต่างประเทศ⁽⁵⁻⁶⁾ ส่วนในกลุ่มอายุ พบวัยทำงาน คือ กลุ่มอายุ 30 – 39 ปี และกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวันสูงกว่ากลุ่มอื่นสัมพันธ์กับการใช้พลังงานในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนปาล⁽⁷⁾ และพบว่าปริมาณการบริโภคลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปริมาณการบริโภคโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้พลังงานในแต่ละวัน เพศ ขนาดของร่างกาย (BMI) และกิจกรรมประจำวัน แหล่งอาหาร กลุ่มผู้มีความรู้ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีการบริโภคโซเดียมสูงกว่ากลุ่มผู้มีความรู้ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า กลุ่มผู้รวยได้มากกว่า 5,001 บาท ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันสูง และจะเพิ่มสูงขึ้นตามรายได้ สำหรับผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m² จะมีค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวัน และจะเพิ่มขึ้นเมื่อค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น ความชอบรสชาติอาหาร พบว่าการรับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็ม เปรี้ยว หวาน มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวันสูงกว่ากลุ่มอื่น ในกลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูงและจะมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวันต่ำกว่าเนื่องจากส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ส่วนในผู้มีประวัติเบาหวานจะมีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมต่อวันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณกองโรคไม่
ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ที่ 8 อุตรธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม
โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
และอาสาสมัครที่เข้าร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. WHO [Internet]. The top 10 causes of death; 2020 [cited 2022 June 17]. Available from:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2563.
3. พัศม์ย์ เอกก้านตรงและคณะ. (2556). ปริมาณโซเดียมในอาหารชนิดนิยมนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.
วารสารการ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 36(4), 118-128.
4. วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียม
จากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. 2564.
5. Brown I.J., Tzoulaki I., Candeias V., Elliott P., Salt intakes around the world: implications for public health.
International Journal of Epidemiology 2009; 38:791- 813.
6. John P., Saman F., Renata M., Shahab K., Peilin S., Majid E., et.al. Global, regional and nation sodium intakes in
1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide.
BMJ open 2013;3: e003733. doi:10.1136/bmjopen-2013-003733.
7. Neupane D., Rijal A., Henry M.E. et al. Mean dietary salt intake in Nepal: A population survey with 24-hour
urine collections J clin Hypertens. 2020;00:1-7.

นวัตกรรมระบบการขนส่งสินค้าบริเวณ Safety Zone ด้านสะพานมิตรภาพ ไทย-เมียนมาร์แห่งที่ 2 ช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

Innovative transportation system in safety zone of the cargo transportation system during Covid-19 outbreak at the 2nd Thai-Myanmar friendship bridge checkpoint, Maesot district, Tak province.

เฉลิม กล่อมเกลี้ยง*, ปราโมทย์ เลิศขามป้อม**
Chalerm Klomklieng*, Pramot loerkhampom**

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้ เพื่อ สร้างอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายสินค้า แก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของ ลดการสัมผัส สร้างแนวป้องกันของโควิด-19 จากการขนถ่ายสินค้า และเพื่อแก้ไขปัญหาการคั่งค้าง เพิ่มความสะดวก รวดเร็วสินค้าที่รอการระบายผ่านแดนบริเวณ Safety Zone ด้านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมาร์ แห่งที่ 2 ในช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เครื่องมือและอุปกรณ์ มาตรการป้องกัน ยุทธศาสตร์การเว้นระยะห่าง ลดการสัมผัส รางเลื่อนลูกกลิ้งลำเลียง ประชารณและกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่รัฐ ผู้ประกอบการ พนักงานขับรถ แรงงาน ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลวิจัย นำเสนอผลสำรวจและประเมินนวัตกรรมฯ ในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบข้อมูลทั่วไป จำนวนยานพาหนะบรรทุก ทั้งหมด 690 คัน (เมียนมาร์ 140 คัน ไทย 550 คัน) ปีกอล์ฟ หกล้อ ลีบล้อ รถพ่วงบรรทุก (120, 50, 280, 240 คัน ตามลำดับ) รวมน้ำหนักบรรทุก 8,000 ตัน ประเภทสินค้า เครื่องอุปโภคและบริโภค แรงงานทั้งหมดเป็นชาวเมียนมาร์ 320 คน(ชาย 300 หญิง 20) เวลาเฉลี่ยขนถ่ายสินค้า ปีกอล์ฟ 2 ชั่วโมง หกล้อ 3-4 ชั่วโมง ลีบล้อ 4-5 ชั่วโมง พ่วงบรรทุก 4-5 ชั่วโมง ความคิดเห็นการใช้รางเลื่อน (จนท.ภาครัฐ 20 คน เอกชน 20 คน ผู้ประกอบการ (ไทย 20 คน พม่า 20 คน) รวม 80 คน ชอบ สะดวก ประทับใจ ลดแรงงาน และลดเวลา ทุกประเด็น ร้อยละ 100 ความคิดเห็นพนักงานขับรถคน (ไทย 550 คน พม่า 140 คน) ชอบ สะดวก ประทับใจ ลดแรงงาน และลดเวลา ร้อยละ 100 ทุกประเด็น ความคิดเห็นแรงงานขนถ่ายสินค้าชาวเมียนมาร์ (ไม่มีชาวไทย) แยกเป็นชาย 300 หญิง 20 คน ตอบคำถาม ชอบ สะดวก ประทับใจ ลดแรงงาน และลดเวลา ร้อยละ 100 ทุกประเด็นเช่นเดียวกัน สรุปช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่กระจายไปอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องนั้น เมื่อนำนวัตกรรมรางเลื่อนลูกกลิ้งลำเลียงล้อหมุนเพื่อขนถ่ายสินค้า เพื่อเว้นระยะห่าง ลดการสัมผัสบุคคล สร้างแนวป้องกันโรค เพิ่มความสะดวก รวดเร็ว ลดแรงงาน และลดเวลา ลดการคั่งค้างสินค้าที่รอการระบายผ่านแดน

คำสำคัญ: รางเลื่อน, ระบบขนส่งสินค้า, ช่วงการระบาดของโควิด-19

Abstract

This active research were to operational research, this time to create equipment to move goods. Addressing pandemic issues reduced exposure create a covid-19 line of protection from loading and unloading goods and to

solve the problem of backlog, increase convenience and speed of goods waiting to be drained through the border at the Safety Zone, The Thai-Myanmar friendship bridge. 2nd place during the COVID-19 pandemic, Mae Sot district, Tak province. Tools and equipment: methods preventive measures strategies for spacing, reducing contact, conveyor roller slide rails population and sample government officials, entrepreneurs, drivers, workers in 1090 person. Method of work, preparation project proposals methods research tools, working groups, data collection and analysis. The summary and discussion publish. descriptive statistics, data analysis, amount, percentage, mean. Research results: presenting the results of the survey and evaluation of innovations during the COVID-19 outbreak found general information Total number of trucks 690 units (Myanmar 140 units, Thai 550 units) pickups, six wheels, ten wheels, truck trailers (120, 50, 280, 240 cars, respectively), total weight of 8,000 tons. Product category Consumer goods and consumables All workers are 320 Burmese (male 300, female 20). Average time loading and unloading cargo, pick-up 2 hours, six-wheeler 3-4 hours, ten-wheeler 4-5 hours, trailer 4-5 hours. Opinions on the use of sliding rails (20 government officials, 20 private persons, entrepreneurs (20 Thais, 20 Burmese people) total 80 people, like, convenient, impressive, reducing labor and reducing time on all issues 100%. Opinion of the driver (Thai 550 people, Burmese 140 people) like, convenient, impressed, reduce labor and reduce time 100% on all issues. Opinions of Myanmar unloading workers (No Thai) Separated into 300 males and 20 females, answering questions like, convenient, impressive, reducing labor and reducing time 100% on all issues as well. In conclusion, during the period of the Coronavirus Disease 2019 outbreak that has spread widely and continuously, when bringing the innovation of roller conveyors with rotating wheels for loading and unloading goods. To keep distance reduce personal contact create disease prevention guidelines Increase convenience, speed, reduce labor and reduce time, reduce the stockpiles of goods waiting to be discharged across the border. Comment to adjust the number of slide rails to be sufficient for the number of trucks.

Keywords: Transport slide, Transportation system, Covid-19 outbreak

*ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) * MPH (Public Health) ** ปรด. (ยุทธศาสตร์)

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทาง การ ไอ จาม สัมผัส โดยตรงกับสารคัดหลั่ง ผู้ติดเชื้อจะมีอาการ

ตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตประเทศเมียนมาประเทศเพื่อนบ้านมีชายแดนติดกับประเทศไทยทางด้านทิศตะวันตกมีรายงานการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 7 รัฐ และ 7 ภูมิภาค

ของประเทศเมียนมา พบประชาชนติดเชื้อครบทุกรัฐ มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 16,500 รายและเสียชีวิตสะสม 371 ราย (ตุลาคม 2563) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ติดตามสถานการณ์ของประเทศพม่า พบผู้ป่วยติดเชื้อ อย่างกึ่ง 22,351 ราย รัฐยะไข่ 2,139 ราย และรัฐพะโค 1029 รายตามลำดับ รัฐกระเหรี่ยงที่พรมแดนติดกับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ จำนวน 140 ราย 3 มาตรการสำคัญของกลุ่มงานควบคุมโรค คือ 1) เฝ้าระวัง คุ่มเข้มแรงงานที่เข้ามาทำงานหรืออาศัยในไทย 2) เฝ้าระวังการหลบหนีเข้าประเทศไทยอย่างผิดกฎหมายในทุก 3) ปิดชายแดน จุดผ่อนปรนทางการค้า จุดผ่อนปรนชั่วคราว ระวังการเข้าออกของบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งของ การเปิดสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมาแห่งที่ 1 (แม่สอด - เมืองเมียวดี) ส่งผลให้การค้าชายแดนขยายตัวเพิ่มขึ้น เชื่อมต่อกับ โครงการพัฒนาแม่สอด-เมียวดี-กอกาเรก ในเมียนมาร์ ดังนั้น รัฐบาลจึงมีสร้างสะพานมิตรภาพ ไทย-เมียนมาแห่งที่ 2 (แม่สอด-เมืองเมียวดี) เพื่อลดความแออัดในการใช้สะพานแห่งที่ 1 ส่งผลดีต่อเศรษฐกิจอำเภอแม่สอด เพิ่มมูลค่าการค้าชายแดนด่านแม่สอดถึง 60,000 ล้านบาท เส้นทางช่วยกระจายสินค้าไปยังภูมิภาคอื่นของประเทศเมียนมาร์ได้สะดวก รวดเร็ว ในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรค มีรายงานข้อมูลตรวจพบพนักงานขับรถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 3 ราย และพบบุคคลที่อาศัยในย่านมาคินะ เทศบาลนครแม่สอด ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 5 ราย ณ จุดผ่านแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 การตั้งจุดตรวจโควิด-19 ที่บริเวณด่านพรมแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 โดยสุ่มตรวจพนักงานขับรถและคนประจำรถรับส่งสินค้าชาวเมียนมา จำนวน 60 ราย ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS CoV-2 จำนวน 2 ราย และประสานเจ้าหน้าที่ของเมืองเมียวดีมารับตัวผู้ติดเชื้อทั้ง 2 ราย

จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ กลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนชายแดนแม่สอด จังหวัดตาก รวมตัวชุมนุมบริเวณหน้าประตูด่านพรมแดนถาวรแม่สอดแห่งที่ 2 เรียกร้องให้ปิดด่านแม่สอดแห่งที่ 2 ชั่วคราวเพื่อสกัดโรคและได้ยื่นหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัดตาก มีการเจรจาและหารือร่วมกับและมีข้อสรุปจะไม่ปิดด่านพรมแดนถาวรแม่สอดแห่งที่ 2 แต่จะตรวจคัดกรองบุคคลที่เข้ามาส่งสินค้าภายในพื้นที่ Safety Zone อย่างเข้มงวด และไม่อนุญาตให้เดินทางเข้าไปในเขตตัวเมืองแม่สอด 17 ตุลาคม 2563 จังหวัดตาก ได้ประกาศคณะกรรมการ โรคติดต่อจังหวัดตาก ให้ระงับการนำเข้า-ส่งออกสินค้าผ่านแดน ณ จุดผ่านแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 และช่องทาง (นอกทางอนุมัติตามกฎหมายศุลกากรเฉพาะเพื่อการขนส่งสินค้าและสินค้าข้ามแดน ที่ได้รับการผ่อนผัน) ตั้งแต่วันที่ 18 ตุลาคม 2563 วันที่ 25 ตุลาคม 2563 เวลา 18.30 น. เพื่อเตรียมการจัดระบบพื้นที่ Safety Zone ป้องกันการระบาดของโรคก่อนที่จะมีการเปิดให้มีการค้าชายอีกครั้ง

ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้างานสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอแม่สอดและเป็นคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตาก ได้รับบทบาทประสานงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆได้กำหนดมาตรการต่างๆในการจัดระบบการค้าชายสินค้าระหว่างไทยกับพม่า จึงได้ศึกษาวิจัยเรื่อง นวัตกรรมระบบการขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone ด้านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมาแห่งที่ 2 ช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อขนถ่ายสินค้าบริเวณพื้นที่ปลอดภัย Safety Zone และมีเครื่องมือที่เหมาะสมในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ณ จุดด่านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมาแห่งที่ 2 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก วัตถุประสงค์ เพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาด ลดการสัมผัส สร้างแนวป้องกันของโควิด-19 จากการขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone ลดปัญหา

การคลังข้าง เพิ่มความสะดวก รวดเร็วสินค้าระบายผ่านแดน ด้านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายสินค้า แก้ไขปัญหาการแพร่ระบาด ลดการสัมผัส สร้างแนวป้องกันของโควิด-19 จากการขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone ด้านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 ในช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

2. เพื่อแก้ไขปัญหาการคลังข้าง เพิ่มความสะดวก รวดเร็วสินค้าที่รอการระบายผ่านแดนบริเวณ Safety Zone ด้านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 ในช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ 20 คน เอกชน 20 คน เกี่ยวข้องกับสินค้า ผู้ประกอบการคนไทย 20 คน ผู้ประกอบการคนพม่า 20 คน พนักงานขับรถคนไทยผู้ที่ตอบคำถาม 550 คน พนักงานขับรถคนพม่าผู้ที่ตอบคำถาม 140 แรงงานขนถ่ายสินค้าชาวพม่า แรงงานขนถ่ายสินค้าชาวเมียนมาร์ 320 คน แยกเป็นกำหนดบทบาทของกลุ่มต่างๆ ระหว่างเปลี่ยนถ่ายสินค้าระหว่างประเทศ/เครือข่ายแยกตามประเภทต่าง ๆ คือฝ่ายประสานงานฝ่ายขนถ่ายสินค้า และ ฝ่ายรวบรวมข้อมูล มีเป้าหมายชัดเจนของกลุ่มต่างๆ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ามาศึกษาเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวข้องในการจัดระบบการขนส่งสินค้าบริเวณพื้นที่ปลอดภัย Safety Zone เป็นผู้มีส่วนขนถ่ายสินค้าบริเวณพื้นที่ปลอดภัย Safety Zone

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้

ในงานวิจัย 1 องค์ความรู้และสรุปสถานการณ์สำหรับผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้องการขนถ่ายสินค้า องค์ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การแพร่กระจายจากคนสู่คนช่องทางผ่านการไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง อาการผู้ติดเชื้อตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรง มากจนอาจเสียชีวิต

ผลการวิจัย

สรุปสถานการณ์ ของประเทศเมียนมาร์ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่ระบาด จำนวนประชาชนติดเชื้อ และเสียชีวิตสะสมและรายงานของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 การสุ่มตรวจหาเชื้อเชิงรุกในกลุ่มพนักงานขับรถและพนักงานประจำรถที่เข้ามาขนส่งสินค้าในราชอาณาจักรไทย ณ จุดผ่านแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 และในย่านชุมชนต่างๆ ตรวจพบพนักงานขับรถติดเชื้อ จำนวน 3 ราย และตรวจพบบุคคลที่อาศัยในย่านมาดิงะ เทศบาลนครแม่สอด ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ราย รายงานโรงพยาบาลแม่สอดสุ่มตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยตั้งจุดตรวจโควิด-19 ที่บริเวณด่านพรมแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 สุ่มตรวจพนักงานขับรถและคนประจำรถรับส่งสินค้าชาวเมียนมา ทั้งจำนวน 60 ราย ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS CoV-2 จำนวน 2 ราย และประสานเจ้าหน้าที่ของเมืองเมียวดี เข้ามารับผู้ติดเชื้อทั้ง 2 ราย เข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลเมียวดีผู้สัมผัส 200 ราย ได้ถูกส่งเข้าสู่กระบวนการกักกันใน state

quarantine ของเมืองเมียวดี รายงานการชุมนุมของกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนชายแดนแม่สอด บริเวณหน้าประตูด่านพรมแดนถาวรแม่สอดแห่งที่ 2 การเรียกร้องให้ปิดด่านแม่สอดแห่งที่ 2 ชั่วคราวเพื่อสกัดโรค และการยื่นหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัดตาก ตาหนักการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐ หละหลวม ปล่อยให้ชาวเมียนมาร์ 3 ราย ซึ่งติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข้ามาในเขตอำเภอแม่สอดและการเจรจาของฝ่ายปกครองหรือร่วมกับกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนชายแดนแม่สอด มีข้อสรุปร่วมกันจะไม่ปิดด่านพรมแดนถาวรแม่สอดแห่งที่ 2 แต่เจ้าหน้าที่จะตรวจคัดกรองอย่างเข้มงวด บุคคลทั้งคนไทยและคนเมียนมาร์ ที่เข้ามาส่งสินค้าภายในพื้นที่ Safety Zone หน้าด่านจุดผ่านแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 อย่างเข้มงวด และไม่อนุญาตให้คนขับรถเดินทางเข้าไปในเขตตัวเมืองแม่สอด

คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตากได้ประกาศ ให้ระงับการนำเข้า-ส่งออกสินค้า และสินค้าผ่านแดน ณ จุดผ่านแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 และช่องทางอื่นนอกทางอนุมัติตามกฎหมาย ศุลกากรเฉพาะ เพื่อการขนส่งสินค้าและสินค้าข้ามแดน ตั้งแต่วันที่ 18 ตุลาคม 2563 จนถึงวันที่ 25 ตุลาคม 2563 เพื่อเตรียมการจัดระบบพื้นที่ Safety Zone ในบริเวณด่านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2

ทางคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตาก ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จัดระเบียบและระบบในพื้นที่ Safety Zone ป้องกันการระบาดของโรค ก่อนที่จะมีการเปิดให้มีการค้าขายอีกครั้ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดและคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตาก ได้ประสานงานร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคส่วนต่างๆ กำหนดมาตรการจัดระบบการค้าขายสินค้านี้ระหว่างไทยกับพม่า ได้นำนวัตกรรมระบบการขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone ด่านสะพานมิตรภาพไทย-เมียน

มาร์แห่งที่ 2 ช่วงการระบาดของโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อขนถ่ายสินค้าที่ปลอดภัย โดยมีเครื่องมือที่เหมาะสมในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ณ จุดด่านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ระบบรางเลื่อนลูกกลิ้งลำเลียงล้อหมุน (Free Roller) สำหรับขนถ่ายสินค้า (ทั้งจัดสร้างขึ้นและสรรหา) หลักการทำงานของลูกกลิ้งลำเลียง ผิวของลูกกลิ้งจะสัมผัสกับผิวของวัสดุที่ทำการขนถ่าย เมื่อผิวลูกกลิ้งเกิดการเคลื่อนที่วัสดุที่อยู่ติดกับผิวลูกกลิ้งก็จะเคลื่อนที่ด้วย ในการนำลูกกลิ้งมาใช้งานขนถ่ายวัสดุ เมื่อผลัดคันวัสดุไปข้างหน้าลูกกลิ้งก็จะหมุนตามไปด้วยระยะทางขอบหมุนของลูกกลิ้งเท่ากับระยะทางการเคลื่อนที่ของก้อนวัสดุ ปัจจุบันนิยมใช้ในกรณีขนย้ายวัสดุที่มีน้ำหนักมาก

แบบสำรวจและเก็บข้อมูลชุดคำถามในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระบบการขนถ่ายสินค้า สอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ประเทศต้นทาง (ไทย,เมียนมาร์) ประเภทยานพาหนะบรรทุก จำนวนแรงงานขนถ่ายสินค้า (คน: ชาย หญิง) ระยะเวลาขนถ่ายสินค้า (วัน ชั่วโมง) ชุดคำถามที่เกี่ยวข้องการใช้งานนวัตกรรมรางเลื่อนขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone ด่านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 ได้แก่ ความเกี่ยวข้องเกี่ยวข้อง(ภาครัฐหรือเอกชน) เกี่ยวข้องกับสินค้า (ผู้ประกอบการคนไทยหรือผู้ประกอบการคนเมียนมาร์) (ผู้ประกอบการการขนส่ง/ขายปลีกคนไทย ผู้ประกอบการบริการการขนส่ง/ขายปลีกคนเมียนมาร์) จำนวนพนักงานขับรถคนไทยหรือคนพม่า จำนวนแรงงานขนถ่ายสินค้าชาวไทยหรือคนเมียนมาร์ ชุดคำถามสำรวจความคิดเห็นหลังใช้งานรางเลื่อนขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone ด่านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 ชอบ/ไม่ชอบรางเลื่อน สะดวก/ไม่สะดวก รวดเร็ว/ไม่รวดเร็ว ประทับใจ/ไม่ประทับใจ

ลดแรงงาน/ไม่ลดแรงงาน ลดเวลา/ไม่ลดเวลา แบบสำรวจและเก็บข้อมูลชุดคำถามในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระบบการขนถ่ายสินค้า

วิธีดำเนินงาน เตรียมการ เสนอ โครงการ วิธีการ เครื่องมือวิจัย คณะทำงาน จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ สรุปและอภิปรายผล เผยแพร่ **ใช้สถิติเชิงพรรณนา** วิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลวิจัย

ผลการทดลองประเมินนวัตกรรม ข้อมูลผลในช่วงทดลองใช้งานรางเลื่อนขนถ่ายสินค้า ทดลอง 2 วัน วิเคราะห์คุณสมบัติของรางเลื่อนและวิเคราะห์ด้านและการยอมรับการใช้งานรางเลื่อน

ผลการทดลองประเมินนวัตกรรม ของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ 2 คน (อาสาสมัคร) ผู้ประกอบการเอกชน 2 คน(อาสาสมัคร) แรงงานขนถ่ายสินค้าคนไทย (อาสาสมัคร) 4 คน เมียนมาร์ (อาสาสมัคร) 4 คน พบว่า รางเลื่อน สำหรับงานเบา สินค้าน้ำหนักช่วง 10-20 กิโลกรัม ชนิด ลูกกลิ้ง ความคิดเห็น เห็นด้วย ควรเพิ่มระยะห่างกัน ขอบรางเลื่อน เพราะ สะดวก รวดเร็ว ลดแรงงาน หนักกราง มาก (70 กิโลกรัม) รางเลื่อน สำหรับงานหนัก น้ำหนักสินค้ามากกว่า 20 กิโลกรัมขึ้นไป ชนิด โลหะเพิ่มระยะห่างกันเห็นด้วย ขอบรางเลื่อน สะดวก รวดเร็ว ลดแรงงาน ร้อยละ 100 น้ำหนักกราง มาก (113 กิโลกรัม)

หมายเหตุ วัสดุทำโครงสร้างเป็นเหล็ก ลูกกลิ้งประยุกต์จากดัดลูกปืนรถยนต์ และท่อพีวีซี รางเลื่อนลูกกลิ้งพีวีซี น้ำหนักรวม 70 กิโลกรัม รางเลื่อนลูกกลิ้งโลหะ น้ำหนักรวม 113 กิโลกรัม ข้อมูลจัดสร้างรางเลื่อน (ทำขึ้นเองชนิดละ 1 ราง เพื่อเก็บข้อมูล) มีขนาดเท่ากับที่มีจำหน่ายในท้องตลาด ขนาด

ของรางเลื่อนแต่ละรางยาว 4 เมตร แบบพับครึ่ง (2 เมตร) กว้าง 0.45 เมตร รูน มี ทุ ต่อเชื่อมระหว่างราง

การเผยแพร่ผลงานช่วงทดลองต่อ

คณะกรรมการป้องกันโรคติดต่อจังหวัดตากฯ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยและทีมงาน ได้มีโอกาสนำเสนอแนวทางมาตรการการยับยั้งการติดเชื้อใหม่ในที่ประชุมคณะกรรมการป้องกันโรคติดต่อจังหวัดตากฯ โดยเน้นย้ำการเว้นระยะห่างทางสังคมมุ่งลดการสัมผัสบุคคลการเว้นระยะห่างทางกาย (ห่างกันประมาณ 6 ฟุต หรือ 1.8 เมตร) เว้นการสัมผัสทางกาย หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสทางกายปิดปากและจมูกด้วยหน้ากากอนามัย ในที่ประชุมประกอบด้วย หลังจากที่นำเสนอดังกล่าวฯ สภากอการค้าจังหวัดตาก สนับสนุนเงิน จำนวน 420,000 ในเบื้องต้น เพื่อจัดการรางเลื่อนเพื่อขนถ่ายสินค้าที่ตกค้างในช่วงวิกฤติที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ณ จุดผ่านแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 ในช่วงวิกฤติผู้วิจัยและทีมงานจึงเสนอทางออกโดยจัดซื้อจากเอกชน เนื่องจากโครงสร้างเป็นวัสดุลูมิเนียมลูกกลิ้งทำจากท่อพีวีซีทำให้น้ำหนักกราง 40 กิโลกรัม สำหรับงานเบา สินค้าน้ำหนักน้อย (กล่อง/ลัง/เข่งบรรจุ) และรางเลื่อนสำหรับงานหนักโครงสร้างเป็นวัสดุลูมิเนียมแต่ลูกกลิ้งท่อโลหะน้ำหนักกราง 70 กิโลกรัม จัดหาเพิ่มเติมโครงสร้าง 12 ราง สำหรับงานเบาสินค้าน้ำหนักน้อยลูกกลิ้งทำจากท่อพีวีซีจำนวน 6 ราง ลูกกลิ้งท่อโลหะสำหรับงานหนักจำนวน 6 ราง ในงานวิจัยนี้ นำรางเลื่อนทั้งหมด จำนวน 14 รางมาใช้ในงานวิจัย

การดำเนินการ หลังจากการประชุมในครั้งนั้นผู้วิจัยและทีมงาน ได้ดำเนินการตามแผนงานวิจัยที่วางไว้โดยจัดทำโครงร่างงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำเสนอโครงร่างวิจัย พร้อมเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดตาก เมื่อ

ได้รับอนุญาต จัดประชุมเตรียมการ ทีมงาน วางแผน ดำเนินการ ดังนี้ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำหนังสือชี้แจงในการดำเนินงาน วิจัย และ รวบรวมข้อมูลวิจัย ได้ออกประกาศและสื่อสารขอความร่วมมือผู้ประกอบการขนถ่ายสินค้าทั้งภาครัฐ และเอกชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ขนถ่ายสินค้า บริเวณพื้นที่ปลอดภัย Safety Zone เข้าอบรมและขอความร่วมมือผู้ประกอบการขนถ่ายสินค้า จัดเนื้อหา อบรม กำหนดตัวแปรสำคัญที่ต้องตรวจสอบ กำหนด แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป สํารวจความคิดเห็น(จากชุด คำถามสำรวจ ตรวจสอบการใช้งานรางเลื่อนขนถ่าย สินค้า เตรียมคณะทำงาน เตรียมผู้ช่วยวิจัย ช่วยอำนวยความสะดวก ประชาสัมพันธ์ การแจกแบบสำรวจ ข้อมูล จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล แจกแบบ สํารวจทั้งภาษาไทยและภาษาเมียนมาร์

ผลดำเนินการในภาคสนาม (ช่วงวิจัย)

1. ข้อมูลทั่วไป ยานพาหนะบรรทุกขนถ่าย

สินค้าบริเวณ Safety Zone จำนวน 690 คัน ตอบ คำถาม 690 ชุด แยกเป็น ประเทศต้นทางเมียนมาร์ จำนวน 140 คัน ประเทศไทยจำนวน 550 คัน แยก ประเภท รถปิ๊กอัพ 120 คัน รถหกล้อ 50 คัน รถสิบล้อ 280 คัน รถพ่วงบรรทุก 240 คัน น้ำหนักบรรทุก ปิ๊กอัพเฉลี่ย 1.5 ตัน รถหกล้อเฉลี่ย 6 ตัน รถสิบล้อ 10 ตัน รถพ่วงบรรทุก 20 ตัน รวมน้ำหนักรถปิ๊กอัพบรรทุก (120 คัน x 1.5 ตัน) 180 ตัน รถหกล้อบรรทุก (50 คัน x 6 ตัน) 300 ตัน รถสิบล้อบรรทุก (280 คัน x 10 ตัน) 2,800 ตัน รถพ่วงบรรทุกบรรทุก (240คัน x 20ตัน) 4,800 ตัน รวมน้ำหนักบรรทุก 8,000 ตัน ประเภทสินค้าที่ขนส่ง เครื่องอุปโภคและบริโภค 170 คัน อุปกรณ์ก่อสร้าง 215 คัน เซรามิกส์ 2 คัน เครื่อง เฟอร์นิเจอร์ 10 คัน อุปกรณ์ไฟฟ้า 15 คัน ผลผลิต การเกษตร 200 คัน ผลไม้ 250 คัน อื่นๆ 50 คัน จำนวนแรงงานขนถ่ายสินค้าชาวเมียนมาร์ 320 คน

ชาย 300 หญิง 20 คน ระยะเวลาขนถ่ายสินค้า รถปิ๊กอัพ เฉลี่ย 2 ชั่วโมง รถหกล้อเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง รถสิบล้อเฉลี่ย 4-5 ชั่วโมง รถพ่วงบรรทุกเฉลี่ย 4-5 ชั่วโมง

2. ผลข้อมูลจากแบบสอบถามการใช้

นวัตกรรมรางเลื่อนขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone จำนวนผู้ที่ตอบคำถาม 80 คน 80 ชุด ภาครัฐ 20 คน เอกชน 20 คน ผู้ประกอบการคนไทย 20 คน ผู้ประกอบการคนพม่า 20 คน ชอบรางเลื่อน ร้อยละ 100 ความสะดวก ร้อยละ 100 ประทับใจ ร้อยละ 100 ลดแรงงาน ร้อยละ 100 ลดเวลา ร้อยละ 100 จำนวน พนักงานขับรถคนไทยผู้ที่ตอบคำถาม 550 คน ชอบ รางเลื่อน ร้อยละ 100 ความสะดวก ร้อยละ 100 ประทับใจ ร้อยละ 100 ลดแรงงาน ร้อยละ 100 ลด เวลา ร้อยละ 100 จำนวนพนักงานขับรถคนพม่าผู้ที่ ตอบคำถาม 140 คน ชอบรางเลื่อน ร้อยละ 100 ความสะดวก ร้อยละ 100 ประทับใจ ร้อยละ 100 ลดแรงงาน ร้อยละ 100 ลดเวลา ร้อยละ 100 จำนวนแรงงานขน ถ่ายสินค้าชาวพม่าแรงงานขนถ่ายสินค้าชาวเมียนมาร์ 320 คน แยกเป็นชาย 300 หญิง 20 คน ชอบรางเลื่อน ร้อยละ 100 ความสะดวก ร้อยละ 100 ประทับใจ ร้อย ละ 100 ลดแรงงาน ร้อยละ 100 ลดเวลา ร้อยละ 100 จำนวนแรงงานขนถ่ายสินค้าชาวพม่าแรงงานขนถ่าย สินค้าชาวเมียนมาร์ 320 คน แยกเป็นชาย 300 หญิง 20 คน ชอบรางเลื่อน ร้อยละ 100 ความสะดวก ร้อยละ 100 ประทับใจ ร้อยละ 100 ลดแรงงาน ร้อยละ 100 ลด เวลา ร้อยละ 100

สรุป

การนำรางเลื่อนมาใช้ขนถ่ายสินค้าบริเวณ Safety Zone ช่วยเพิ่มระยะห่างสัมผัสร่างกาย ของ แรงงานและ ช่วยป้องกันการแพร่เชื้อโรคโควิด-19 นวัตกรรม ช่วยแก้ไขปัญหาการคั่งค้างสินค้าที่รื้อผ่าน

แดน ในช่วงทดลองนวัตกรรมการนำรางเลื่อนมาใช้
ขนถ่ายสินค้า ผลประเมินสมรรถนะจากแรงงาน
อาสาสมัครเพิ่มระยะห่างขณะปฏิบัติงานจริง ช่วยลด
แรงกายจากการยกเคลื่อนย้ายสินค้า และลำเลียงสินค้า
ได้รวดเร็วขึ้นอาศัยการไหลลงจากที่สูงลงสู่ที่ต่ำ และ
มีความสะดวก และผลประเมินอาสาสมัครทั้ง
เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ผู้ประกอบการเอกชน แรงงาน
คะแนนทั้งในช่วงทดลองและช่วงวิจัย ให้ค่าคะแนน
ร้อยละ 100 ทั้งความชอบ ความสะดวก ระบายสินค้า
ได้รวดเร็วขึ้น และลดแรงจากการยกและเคลื่อนย้าย
สินค้า มีน้ำหนักลดลง

วิจารณ์

ในช่วงทดลองนวัตกรรม การใช้งานราง
เลื่อนขนถ่ายสินค้าพบว่า มีการใช้งานรางเลื่อนไม่

เอกสารอ้างอิง

กรมการขนส่งทางบก. (29 มกราคม 2563). เข้าถึงได้จาก กรมการขนส่งทางบก: https://www.dlt.go.th/public-news/view.php?_did=2493.

กรมควบคุมโรค. (4 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no275-041063n.pdf>.

กระทรวงสาธารณสุข. (7 เมษายน 2563). เข้าถึงได้จาก กรมสุขภาพจิต: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=8>.

กลุ่มงานควบคุมโรค. (2563). *สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19ในประเทศไทยมา*. จังหวัดตาก: สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดตาก.

กองบรรณาธิการเดอะบางกอกอินไซด์. (30 กันยายน 2563). เข้าถึงได้จาก เดอะบางกอกอินไซด์: <https://www.thebangkokinsight.com/news/business/economics/445545/>

เหมาะสมลูกกลิ้งเป็นท่อพีวีซี(รับน้ำหนักมากเกินไป)
และสินค้ามีน้ำหนักมาก ส่งผลให้รางเลื่อนชำรุดตั้ง
ภาพและเป็นข้อมูลให้กับทีมวิจัยย้อนกลับมาทบทวน
หาลูกกลิ้งที่สามารถรับน้ำหนักได้มากขึ้น จึงเพิ่มราง
เลื่อนที่มีลูกกลิ้งโลหะที่สามารถรับน้ำหนักสินค้า
ได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการป้องกัน

โรคติดต่อจังหวัดตาก คณะกรรมการEOC อำเภอแม่
สอด สภาอุตสาหกรรมจังหวัดตาก ส่วนราชการ
ประจำด่านสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมาร์ แห่งที่ 2 ที่
สนับสนุนงานวิจัยทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไป
ด้วยดี

จส.100. (1 มิถุนายน 2558). เข้าถึงได้จาก จส.100: <https://www.js100.com/en/site/news/view/14127>

เดอะบางกอกอินไซด์ทีม. (1 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก The Bangkok Insight:

<https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/445998/>

ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. (2563). ความปกติรูปแบบใหม่หรือวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ภายหลังโรคอุบัติใหม่ โควิด-19 .

Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences, 246.

นิตยาพร มุหะมัด, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยิมะสา, นฤมล ทองมาก, รุช็อมัน อาแวเงาะ. (2560). การบริหารจัดการการ

ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนประเทศไทยในอนาคต . *มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 230.

นุศรา เทิงวิเศษ. (2563). *การศึกษามลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ต่อธุรกิจขนส่งสินค้า*. ตาก: นุศรา เทิงวิเศษ.

เข้าถึงได้จาก วารสาร โควิดขนส่งสินค้า.

ผู้จัดการออนไลน์. (18 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก

MGROnline:<https://mgronline.com/uptodate/detail/9630000106087>

โรงพยาบาลแม่สอด. (17 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก <https://www.facebook.com/maesothospital.official>

วิกิพีเดียสารานุกรมเสรี. (5 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก วิกิพีเดีย:

https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%94-19_%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B

ศ.ดร. อารยะ ปรีชาเมตตา. (16 กันยายน 2563). เข้าถึงได้จาก นิตยสารแห่งความคิดไทยโพสต์:

<https://www.thaipost.net/main/detail/77594>

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด. (2562). *สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขปี 2562*. ตาก: สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอแม่สอด.

ipc2webmaster. (14 กุมภาพันธ์ 2561). เข้าถึงได้จาก ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ 2:

<https://ipc2.dip.go.th/th/category/2016-11-09-08-51-32/2018-02-14-04-01-35>

TNNONLINE. (14 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก TNN ONLINE: <https://www.tnnthailand.com/news/local/58613/>

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรัง: กรณีศึกษา**Nursing care for diabetes mellitus type 2 with chronic kidney disease:
case study****จรีพร จันทรสีวานนท์ ***
Jureeporn Chansivanon ***บทคัดย่อ**

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากดูแลไม่ดีจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน จากสถิติของโรงพยาบาลกบินทร์บุรีในปี 2562, 2563 และ 2564 มีผู้รับบริการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3706, 3936 และ 4602 ราย และพบว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคไตเรื้อรังจำนวน 235, 250, 267 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรัง มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยศึกษาผู้ป่วยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ (22 มิถุนายน 2565 ถึง 5 กรกฎาคม 2565) มีการติดตามเยี่ยม 3 ครั้งในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเสี่ยงต่อภาวะช็อก มีภาวะไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลง มีการเสื่อมของไตมากขึ้น มีการติดเชื้อแผลที่เท้า จากผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ขาดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การขาดนัด และมีความวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่ ในบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกได้ให้การพยาบาล โดยให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการทำแผล จนผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ปัญหาและปลอดภัย อีกทั้งผู้ป่วยและญาติมีความรู้สามารถจัดการดูแลตนเองได้

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน , โรคไตเรื้อรัง, การพยาบาล**Abstract**

The diabetes was a chronic non-communicable disease that is a public health problem around the world including Thailand. and has a tendency to increase continuously If poorly cared for, both chronic and acute complications can arise. From the statistics of Kabinburi Hospital in 2019, 2020 and 2021, there were 3706, 3936 and 4602 patients with type 2 diabetes, and 235, 250, 267 of them had chronic kidney disease complications, respectively, which were complications. The most common number one Therefore, the researcher was interested in using the nursing process in caring for type 2 diabetic patients with chronic kidney disease. Come to receive services

in the outpatient department. and guideline for nursing practice in caring for diabetic patients. to provide patients with appropriate care safe from complications have a good quality of life Patients were studied for 2 weeks. There were 3 follow-up visits at the outpatient department. It was found that patients with hyperglycemia were at risk of shock. have chronic kidney disease with decreased glomerular filtration rate have more kidney deterioration have a foot ulcer infection from patients lacking knowledge of self-care Lack of surveillance for complications and self-management Inappropriate behavior in eating, missing appointments, and having anxiety about existing diseases In the role of an outpatient nurse to provide nursing care. by giving advice on self-care and wound dressing until the patient has received the problem and is safe In addition, patients and their relatives are knowledgeable and able to take care of themselves.

Keywords: Diabetes, Chronic kidney disease, Nursing

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.90 ในปี พ.ศ. 2552 (ผู้ป่วยเบาหวาน 3.20 ล้านคน) เป็น ร้อยละ 8.90 ในปี พ.ศ. 2557 (ผู้ป่วยเบาหวาน 4.80 ล้านคน) ซึ่งคาดว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะสูงขึ้น ถึง 5.30 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583 (วิชัย เอกพลากร, 2557) จำนวนของผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตามมา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ทางตา และทางระบบประสาท (ณัฐพงศ์ โฆษณานนท์, 2556)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (TYPE 2 Diabetes Mellitus) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย พบประมาณ ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุจากภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ร่วมกับความบกพร่องของตับอ่อนในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกทำลายระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลายเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่เท้า ผู้ป่วยที่มีระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลายผิดปกติจะไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้และหากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขาและเท้ามีปัญหา จะทำให้ขบวนการรักษาแผลของร่างกายเป็นไปอย่างล่าช้า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี จะมีความผิดปกติของการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคและสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย โดยมีจำนวนและความสามารถในการทำลายเชื้อแบคทีเรียลดลง บริเวณ

เท้าเป็นตำแหน่งที่มีโอกาสเกิดบาดแผลได้ง่าย บาดแผลที่เกิดขึ้นแม้เพียงเล็กน้อยจะเป็นช่องทางที่สำคัญที่เชื้อโรคผ่านเข้าสู่ร่างกาย และแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว การรักษาแผลที่มีการติดเชื้อจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญ และต้องทำอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้หากมีการติดเชื้อรุนแรงร่วมกับผู้ป่วยอาจจะต้องถูกตัดเท้าหรือขา (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์, 2556) และยังทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดความสูญเสียทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม (เฉลาศรี เสงี่ยม, 2558) โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน(Diabetic Nephropathy)จากการมีระดับน้ำตาลกลูโคสในร่างกายสูงและไปทำลายหลอดเลือดในเนื้อไตทำให้ไตสูญเสียความสามารถในการกรองของเสียออกจากร่างกาย (ธัญญรัตน์ ชีรพรเลิศรัตน์, 2556) จึงมีสาร โปรตีน ไชขาว (Albumin) หลุดรอดออกทางปัสสาวะ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ผู้ป่วยจึงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตจนเกิดโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney disease) (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) แนวทางการรักษาในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยนอกจากจะขึ้นอยู่กับ การได้รับยาต้านระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ส่งผลทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Davies, Alessio, Fradkin, Kernan, Mathieu, Mingrone, & Buse, 2018) ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรวดเร็วจนเป็นสาเหตุให้

ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะคีโตนคั่งในเลือด ภาวะหมดสติ จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2557)จากสถิติของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ปี 2562, 2563 และ 2564 มีผู้รับบริการด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3706, 3936 และ 4602 รายและพบว่ามีความถี่ภาวะแทรกซ้อนมีโรคไตเรื้อรัง จำนวน 235, 250, 267 ราย ตามลำดับเป็นอันดับหนึ่งพยาบาลจึงมีบทบาทที่จะต้องช่วยเหลือและร่วมมือกับสหวิชาชีพในการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านรวมทั้งต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรัง ได้ทำการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่

เหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการดำเนินการ

เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ราย แนะนำตัวขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา แจ้งวัตถุประสงค์ ประเมินสภาพ และติดตามเยี่ยม ระหว่างวันที่ 22 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 รวมระยะเวลา 14 วัน ติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้คือ

1. ประเมินภาวะสุขภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การซักประวัติ ได้แก่อาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยา ประวัติการเจ็บป่วย ทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. วางแผนการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้ และข้อมูลโดยศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสารวิชาการ และสื่อออนไลน์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนปรึกษาผู้ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับโรคที่ทำการศึกษา

3. ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งสรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ผลการดูแลรักษาพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะเพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี สถานภาพคู่ ศาสนาพุทธ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ

รับจ้าง เข้ารับการดูแลรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 22 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเวลา 8.10 น. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เหนื่อยเพลีย เป็นมา 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์เดินเหยียบหนามคันไม้ แล้วถูกหนามตำบริเวณฝ่าเท้าด้านขวา มีแผลเปิด ล้างแผลทุกวัน วันละครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทานอาหารและน้ำได้น้อย ปัสสาวะบ่อย บริเวณหลังเท้าขวา บวมแดง แผลที่ฝ่าเท้าด้านขวา มีหนองซึม ประวัติโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 11 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง บางครั้งขาดยาเนื่องจากต้องย้ายภูมิลำเนาไปทำงานต่างจังหวัด เมื่อ 2 ปี ที่ผ่านมาได้ย้ายกลับมาทำงานที่บ้านเดิม (อำเภออินทร์บุรี) และเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) อยู่ในช่วง ร้อยละ 8.54-9.2 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/92-150/86 มิลลิเมตรปรอท ตรวจพบมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ได้ 2 ปี มีค่าอัตราการกรองของหน่วยไต (Estimate Glomerular Filtration Rate eGFR) อยู่ในช่วง 42-55 มล./นาที/1.73 ตร.เมตร และในวันที่ 29 ก.ค.65 มีนัดที่คลินิกเบาหวานและคลินิกโรคไตเรื้อรังแบบแผนการดำเนินชีวิต

การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และยอมรับการเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยจะไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารรสจัด ชอบอาหารรสหวาน เค็ม รับประทานผักพื้นบ้าน ไม่ดื่มชา กาแฟ ชอบดื่มนมเปรี้ยว ขนมน้ำผึ้ง กลัวย่น้ำว่า ผลไม้สุกหวาน นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่ใช้ยานอนหลับ ถ่าย

ปีสภาวะกลางคืนประมาณ 3-4 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้งถ่ายปกติ ไม่ใช้ยาระบาย ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกาย สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน รายได้เพียงพอกับการดำรงชีพ การแสดงออกทางอารมณ์ปกติ มีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

ประวัติการได้รับยาปัจจุบัน

1. Hydralazine 25 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เช้า- กลางวัน- เย็น

2. KCL syrup 10% รับประทานครั้งละ 30 ซีซี วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร เช้า

3. Metformin 500 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เย็น

4. Propranolol 10 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า- เย็น

5. Amlodipine 5 mg. รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร เช้า

6. Furosemide 40mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เที่ยง

7. Ferrous fumarate 200 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เช้า- กลางวัน- เย็น

แรกรับผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่องดี อ่อนเพลีย ไขมันเล็กน้อย มีแผลที่ฝ่าเท้าขวา เป็นแผลเปิดกว้าง ประมาณ 3 เซนติเมตร ลึก 1.5 เซนติเมตร รอบแผลมีเนื้อตายสีขาว มีหนองซึม หลังเท้าขวาบวมแดง ประเมินระดับความปวด (Pain Score) = 4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 153/86 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร BMI = 20.16 เจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) ได้ 296 mg/dL O₂ Saturation 97% ประเมิน SOS (search out severity score) = 0 ประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ระดับ 3 urgent จัดรณอน

ประเมินภาวะแทรกซ้อน ตรวจประเมินสัญญาณชีพ และประเมินอาการซ้ำทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินอาการผิดปกติ จัดลำดับให้ได้รับการตรวจอย่างรวดเร็ว ขณะรอตรวจ ผู้ป่วยอาจมีโอกาสดัดคอกหัก เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลีย และเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และมีความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตได้ 163/86 มิลลิเมตรปรอท จะมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทตามพยาธิสภาพของโรค ดูแลเปลี่ยนจากรถนั่งเป็นเปลนอน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติขณะรอพบแพทย์ ได้แก่ อาการหน้ามืด ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที และให้ข้อมูลตามแนวทางการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล รายงานผลการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยให้แพทย์รับทราบ ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ตรวจ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ นิด Regular Insulin (RI) 6 unit stat สังเกตอาการหลังได้รับยาชนิด RI และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) ซ้ำ อีก 1 ชั่วโมง = 173 mg/dL ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบมีปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงจากภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อภาวะอักเสบ เนื่องจากมีการติดเชื้อแผลที่เท้า (WBC 16,610/uL Neutrophil 83%) Electrolyte Na = 134 mmol/L K = 3.2 mmol/L Cl = 97 mmol/L ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย จากภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ไตไม่สามารถขับของเสียหรือปรับสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์และกรดต่างได้ดี BUN = 26.5 mg/dL Creatinine = 2.8 mg/dL eGFR 42 มล./ นาที/1.73 ตร.เมตร จากภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ผล

ตรวจ Chest x-ray ปกติ และ Film Right Foot ไม่มีกระดูก
เชื้อที่กระดูก ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเล็ก เพื่อตกแต่ง
บาดแผล ก่อนส่งผู้ป่วย ทำการตรวจประเมินสัญญาณชีพ
ซ้ำ ประเมิน Pain Score = 5 ประสานงานหน่วยเคลื่อนย้าย
ผู้ป่วย หลังทำแผล ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล ประเมิน
ระดับความปวด (Pain Score) = 8 ประเมินระดับความ
ง่วงซึม (Sedation score) = 0 ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด
Tramadol ขนาด 50 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ
Plasil ขนาด 10 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ ตาม
แผนการรักษาและสังเกตอาการ หลังได้รับยา ประเมิน
ระดับความปวด (Pain Score) = 4 อาการปวดลดลง
ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน 0.9%
NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำให้ในเวลา 30
นาที ดูแลให้ KCL Syrup 10% รับประทาน 30 ซีซี
แพทย์แนะนำให้ผู้ปวยนอนโรงพยาบาลเพื่อทำแผล
และให้ยาปฏิชีวนะต่อ แต่ผู้ป่วยขอกลับบ้านหลังจาก
ทำการรักษาพยาบาลแล้วและสังเกตอาการจน
ปลอดภัย เนื่องจากมีหลาน 2 คนอายุ 11 ปีและอายุ 2 ปี
8 เดือนที่ต้องดูแล ผู้ป่วยจะมาตามนัด และทำแผลทุก
วัน ระยะทางจากบ้านอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล
แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้

การจำหน่ายผู้ป่วย

1. ให้คำแนะนำ ถ้ามีอาการผิดปกติ มีภาวะ
น้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก หน้า
ซีด เป็นลม หิว กระวนกระวาย ความรู้สึกลดลง
สับสน อาจหมดสติ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการ
ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย
คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกลดลง ซึมลง

หมดสติ เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบส่งโรงพยาบาล
หรือใช้บริการ 1669

2. แนะนำให้ผู้ปวยมารับยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง
ที่โรงพยาบาล

3. แนะนำให้ผู้ปวยรับประทานยา และฉีดยา
ตามที่แพทย์สั่ง ร่วมกับยาเดิม Paracetamol 500
มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมงเมื่อ
ปวด Mixtard (NPH70+RI30) 70/30% 10 unit ก่อน
อาหารเช้า 6 unit ก่อนอาหารเย็น ฉีดได้ผิวหนัง และ
สอนวิธีการฉีด Insulin ให้ผู้ป่วย และให้สังเกต
ผลข้างเคียงของการใช้อินซูลิน คือ การเกิดผื่นคันจาก
การแพ้อินซูลิน หรืออาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก หน้าซีด เป็นลมและ
อาจหมดสติได้ ให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการแก้ไข ถ้าอาการ
ไม่มาก อาจรับประทานอาหารจำพวก นม ขนมนึ่ง
ผลไม้อรสหวานเช่น ก้วยและส้มครึ่งผล ถ้ามีอาการ
มากแต่ยังรู้สึกตัวดีควรรับประทานน้ำหวาน ลูกอม
หรือน้ำตาลก้อนแล้วรับประทานอาหาร แต่ถ้ามีอาการ
รุนแรงจนหมดสติควรรีบนำส่งโรงพยาบาล

4. แนะนำการดูแลบาดแผล และให้มาล้าง
แผลทุกวัน

5. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด

สรุปปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยง
ต่อภาวะช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะไม่
สมดุลของอิเล็กโตรไลต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีการติดเชื้อ
ของบาดแผลบริเวณฝ่าเท้าขวา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ปวดแผล

เนื่องจากการอักเสบบริเวณฝ่าเท้าขวา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีความ

วิตกกังวลกลัวจะถูกตัดเท้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยพร้อม

ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังและความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ

ช็อกเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

ปัสสาวะบ่อย

2. ผลระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว

(DTX)= 296 mg/dL (22 มิ.ย 65)

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

2. ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ

ปกติ

3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือด

สูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ(

Fasting Blood Sugar) 70 -125 mg/dL / DTX < 200

mg/dL

2. ไม่มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่

ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย

คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง

หมดสติ

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน

2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ

3. สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับ

ความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาการของ

น้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ

น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับ

ความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ

4. ดูแลให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

Regular Insulin (RI) 6 unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ตาม

แผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการหลังได้รับ

ยา RI ออกฤทธิ์

5. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อ

ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

การประเมินผลการพยาบาล (22 มิ.ย.65)

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลใน

เลือดสูง ไม่มีอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หลัง

ได้รับยาฉีดอินซูลิน RI 6 unit ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

(DTX)ซ้ำ 1 ชั่วโมง = 173 mg/dL สัญญาณชีพปกติ

อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อ

นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต

130/78 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของ

ของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

วัตถุประสงค์ ให้อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายกลับสู่ภาวะ

ปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย

อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปัสสาวะบ่อย

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum

Na = 134 mmol/L K = 3.2 mmol/L Cl =

97 mmol/L

3. มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 อัตราการกรองของหน่วยไต (eGFR) = 42 ml/min/1.73m² (22 มีย. 65)

4. ได้รับประทานยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 mg. 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง

เกณฑ์การประเมินผล อิเล็กโตรไลต์ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ Na = 137-145 mmol/L , K = 3.5-5.0 mmol/L , Cl = 98 – 108 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามผลอิเล็กโตรไลต์ทางห้องปฏิบัติการ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

2. สังเกตอาการผู้ป่วยว่ามีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กล้ามเนื้ออ่อนแรง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา KCL syrup 30 ซีซี ตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล ตรวจอิเล็กโตรไลต์ซ้ำในวันที่ 23 มิถุนายน 2565 ผล Serum Na = 135 mmol/L K=4.0 mmol/L Cl = 100 mmol/L ผู้ป่วยไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีการคิดเชื่อของ

ขาดแคลนบริเวณฝ่าเท้าขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลที่ฝ่าเท้าขวา มีหนองซึม รอบแผลมีเนื้อตายสีขาว

2. หลังเท้าขวา บวมแดง ปวด

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ WBC = 16,610 /uL

วัตถุประสงค์ เพื่อลดการติดเชื้อของแผล**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ไม่มีไข้/อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

2. แผลไม่มีหนอง ไม่มีอาการปวด บวมแดง ร้อนบริเวณหลังเท้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำแผลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกวัน โดยใช้หลักปราศจากเชื้อและใช้วิธีการทำแผลโดยการดูดเนื้อเยื่อที่ตายออก

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ

3. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของแผลที่ฝ่าเท้าขณะอยู่ที่บ้าน โดยไม่ให้แผลถูกน้ำและดิน

การประเมินผลการพยาบาล

แผลไม่มีหนอง มี discharge ซึมเล็กน้อย ขอบแผลมีเนื้อตายเล็กน้อย อาการบวมของหลังเท้าขวา ชุบลง ไม่ปวด ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ

Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที ตามเวลา ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับยา สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ปวดแผลเนื่องจากการอักเสบบริเวณฝ่าเท้าขวา

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกปวดแผลหลังตกแตงบาดแผล ประเมินระดับความปวด(Pain Score) = 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการปวดแผลที่ฝ่าเท้าขา
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ปวดแผลหรือ ระดับความปวดลดลง(Pain Score)

กิจกรรมการพยาบาล จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ลดการกระทบหรือโดนบริเวณแผลผู้ป่วย ถ้าปวดมาก รายงานแพทย์ทราบ ให้ยาระงับการปวด ตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปวดแผล รายงานแพทย์ ได้รับยาฉีด Tramadol ขนาด 50 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ และ plasol ขนาด 10 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ เพื่อลดอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด หลังได้รับยาแก้ปวด ระดับความปวดลดลง = 4 ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวจะถูกตัดเท้า

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยซักถามถึงโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง
เกณฑ์การประเมินผล มีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการระบายและรับรู้ถึงความคับข้องใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงโรค พยาธิสภาพการรักษาและขั้นตอนการปฏิบัติในการรักษา ให้

ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้อง

3. ประเมินผู้ป่วยโดยสังเกตพฤติกรรมและซักถาม ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อชะลอภาวะของโรคอย่างเหมาะสม

4. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค เข้าใจในแผนการรักษา และการดูแลตนเอง สอบถามถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าชอบทานอาหารรสหวาน รสจัด ขนมน้ำแข็ง ผลไม้มีรสหวาน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ครบ 3 มื้อ ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว = 296 mg/dL HbA1C= 13.02 % (22 มีย.65) อัตราการกรองของหน่วยไต (eGFR) = 42 ml/min/1.73m² (22 มีย.65) ค่าความดันโลหิต อยู่ในช่วง 140/92- 150/86 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ ระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) = 1000-125 mg/dl / DTX = 70-200 mg/dl ค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะน้ำเกินได้แก่ แขน ขาบวม กดนุ่ม ไม่หอบเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วย และญาติมีอยู่ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินในการให้ความรู้ และวางแผนการพยาบาล

2. เรื่องโรคเบาหวาน ให้คำแนะนำและแจกเอกสาร เกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคเบาหวาน ดังนี้ ประเภทที่ 1 อาหารที่ควรรับประทานได้แก่ ประเภทขนมหวานต่างๆ อาหารที่มี น้ำตาลสูง น้ำอัดลม ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานอาหารได้ ไม่จำกัดปริมาณ ประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้ แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่อาหารพวก แป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังและอาหารบางอย่าง รับประทานอาหารเป็นเวลา สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ทราบสารอาหาร และปริมาณสารอาหารการใช้อย่างตามแผนการรักษาของแพทย์ การใช้อินซูลิน Mixtard (NPH70+RI30)70/30% 10 unit ก่อนอาหารเช้า 6 unit ก่อนอาหารเย็นฉีดใต้ผิวหนัง , Metformin 500 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร เข้า - เย็น แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือด

สูง แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และการมาตรวจตา ฟัน เท้า ปีละ 1 ครั้ง

3. การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และ ความดันโลหิตสูง ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต บริโภคข้าวหรือแป้งมื้อละ 1-2 ทัพพี โดยสามารถใช้แป้งปลอดโปรตีน ซึ่งดัชนีน้ำตาลไม่สูง จำกัดโปรตีน เพื่อไม่ให้เกิดของเสีย และไตทำงานหนักมากเกินไป โปรตีนที่ได้รับเป็นโปรตีนมีคุณภาพสูง คือ เนื้อสด ไขมันต่ำ ไม่ติดหนังไม่ติดมัน ไม่ผ่านการแปรรูป หลีกเลี่ยงไขมันไม่อิ่มตัว จำกัดปริมาณโซเดียม ลดเกลือแกงน้อยกว่า 3 ช้อนชาต่อวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มี โปแตสเซียมสูง เนื่องจากถ้าระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงมากเกินไป อาจทำให้หัวใจผิดปกติหรือหยุดเต้นได้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง เนื่องจากเมื่อระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูง จะทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำลง และแคลเซียมถูกดึงออกมาจากกระดูก ทำให้กระดูกไม่แข็งแรง แนะนำการ รับประทานยาตามแผนการรักษาเพื่อรักษาสมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ควบคุมความดันโลหิตให้ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่นการเดินนับก้าว การเดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวันอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเลือกชนิดของอาหารและควบคุมอาหารได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)= 126 mg/dL (23มิย.65) ไม่มีภาวะน้ำเกิน ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ความดันโลหิต 130/ 82 มิลลิเมตรปรอท

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 วันที่ 23 มิถุนายน 2565 ที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด รู้สึกตัวดี มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีอาการจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีอาการใจสั่น ยังมีเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีอาการบวม ระดับน้ำตาลในเลือดเจาะปลายนิ้ว (DTX) = 126 mg/dL ผู้ป่วยสามารถฉีดอินซูลินและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ถูกต้อง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 97 % เปิดทำแผลที่ฝ่าเท้าขวา แผลไม่มีหนอง มี discharge ซึมเล็กน้อย หลังเข้ายังบวม ไม่ปวด ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัมผสม ใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ ประเมินความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค เข้าใจในแผนการรักษาและการดูแลตนเอง สอบถามถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง และการมาตรวจตามนัด

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 วันที่ 26 มิถุนายน 2565 ที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นขึ้น มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ระดับน้ำตาลในเลือดเจาะปลายนิ้ว (DTX) = 137 mg/dL สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 146/90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียสชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 96 % เปิดทำแผลที่ฝ่าเท้าขวา แผลไม่มีหนอง หลังเท้าบวมลง ไม่ปวดแผล ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัมผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ควบคุมตามแพทย์สั่ง แพทย์เปลี่ยนยาฉีดเป็นยา

รับประทาน Augmentin 625 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น จำนวน 30 เม็ด และให้รับประทานยาเดิมและฉีดยาอินซูลินต่อ ให้ล้างแผลต่อทุกวันที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และนัดตรวจติดตามอาการ วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ที่แผนกผู้ป่วยนอก เวลา 8.30 น. พร้อมตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Fasting blood Sugar (FBS), HbA1C , Electrolyte, CBC ก่อนพบแพทย์

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 3 วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ไม่มีอาการใจสั่น ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 134/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 97 % แผลที่ฝ่าเท้าขวาไม่มีหนอง แผลแคบและดีขึ้น ไม่ปวดแผล ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ผลตรวจ Fasting blood Sugar (FBS) = 135 mg/dl HbA1C = 11.1 % , Electrolyte , CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ และให้มาตรวจติดตามอาการในวันที่ 29 กรกฎาคม 2565 ที่คลินิกเบาหวานและชะลอไตเสื่อมตามนัดเดิม

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เหนื่อยเพลีย ทานอาหารและน้ำได้น้อย บั๊สสาวะบ่อย มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีผลจากการถูกหนามตำที่เท้าขวา มีการติดเชื้อแผลที่เท้า และมีภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุลจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

แพทย์วินิจฉัย Diabetes Mellitus Type 2 , Infected Diabetic Right Foot ,Chronic Kidney Disease State 3 มีประวัติขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากย้ายภูมิลำเนาไปทำงานต่างจังหวัด เริ่มมารักษาต่อเนื่องได้ 2 ปี หลังกลับมาภูมิลำเนาเดิม มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2565 – 5 กรกฎาคม 2565 รวมเวลา 14 วัน พบปัญหาทางการพยาบาล 7 ปัญหา จากการพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการออกกำลังกาย จึงได้วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง โดยมีการติดตามผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง เพื่อติดตามพฤติกรรม การปฏิบัติตัว ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขเมื่อสิ้นสุดการดูแล ส่วนปัญหาที่ยังคงอยู่ คือผู้ป่วยมีแผลที่ฝ่าเท้าขาต้องได้รับการทำแผลต่อจนกว่าแผลหาย

บทสรุป

เอกสารอ้างอิง

- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก.การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2 .พิมพ์ครั้งที่12.กรุงเทพมหานคร: ยุทธนทร์การพิมพ์; 2557.
- เจลาศรี เสงี่ยม. (2558).การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน.ใน ศิริอร ลินฐุ,และพิเชต วงรอด(บ.ก.), การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.พิมพ์ครั้งที่3. (น.9-46).กรุงเทพมหานคร: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย.

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความซับซ้อนจึงต้องมีการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การให้ความรู้ในเรื่องปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม ควบคุมดัชนีมวลกาย การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ส่งเสริมพฤติกรรมกาย ออกกำลังกาย การส่งเสริมให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การมาตรวจตามนัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังคงมีการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อดูแลตนเองได้ และควรใช้แผนการสอน ,มีการวัดประเมินผล และระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยการปรับวิถีชีวิต เพื่อชะลอความเสื่อมและควบคุมโรคที่เหมาะสมได้ การดูแลต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่าย โดยมีการประสานแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ

- ณัฐพงศ์ โฆษณานันท์. พยาธิสรีรวิทยาของโรคเท้าในผู้ป่วย เบาหวาน.ใน: ณัฐพงศ์ โฆษณานันท์และคณะ
 ,บรรณาธิการ. ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน.กรุงเทพฯ: ทรिक ชิงค์; 2556. หน้า. 14-19.
- ชัยรัตน์ ชีรพรเลิศรัตน์ (บรรณาธิการ).ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน.กรุงเทพฯ: บริษัท เฮลท์เวิร์ค จำกัด; 2556.
- ประเสริฐ ชนกกิจจารุ.สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.วารสารกรมการแพทย์ 2558; 5-18.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย,สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.แนวทางพัฒนาการระงับ
 ปวด เกือบหลังผ่าตัด. อินเทอร์เน็ต .2562.(เข้าถึงเมื่อ 24มิย.65).เข้าถึงได้จาก: <http://www.anesthai.org>.
- รสสุคนธ์ วาริตสกุล.การจัดอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังจากเบาหวาน.วารสารพยาบาล
 ทหารบก 2557;15(1):22-28.
- โรงพยาบาลกบินทร์บุรี.แผนกสถิติ.สถิติผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ปี 2564.
 กบินทร์บุรี: โรงพยาบาล; 2564.
- วิชัย เอกพลการ (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พศ.2557.
 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2557.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ ,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แนวทางเวช
 ปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม
 สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
- สมาคมโรคไต,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น.
 กรุงเทพมหานคร:บริษัทยูนิชอนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด; 2555.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พศ.2558.กรุงเทพ :
 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2558.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย,กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,และ
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน2560.พิมพ์ครั้งที่ 3.ปฐมธานี:
 รัมเย็นมีเดีย; 2560.
- Davies, M. J., D'Alessio, D. A., Fradkin, J., Kernan, W. N., Mathieu, C., Mingrone, G., Buse, J. B. (2018).
 Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes
 Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care, 41(12),
 2669. doi:10.2337/dci180033.

ประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา-2019 ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

Effectiveness of prevention and control of coronavirus disease-2019 in Mae Sot district ,Tak province

เฉลิม กล่อมเกลี้ยง*, ปราโมทย์ เลิศขามป้อม**
Chalerm Klomklieng*, Pramot loerkhampom**

บทคัดย่อ

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้ เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และเพื่อประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ไวรัสโคโรนา (Covid-19) ของอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก รวบรวมข้อมูลโดยการ สันทนาการกลุ่ม และการสังเกต การถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจับประเด็น ผลการศึกษา แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ คือ 1) การประสานงาน วางแผน ติดตาม ประเมินผล 2) การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การเฝ้าระวัง สอบสวน โรคและการติดตามผู้สัมผัส 4) ช่องทางเข้าออกประเทศ 5) ระบบห้องปฏิบัติการแห่งชาติ 6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 7) การจัดการผู้ป่วยและการแบ่งปันความรู้ นวัตกรรม และการวิจัย 8) การสนับสนุนการปฏิบัติงานและการขนส่งในห่วงโซ่อุปทานและการจัดการกำลังคน 9) การบำรุงรักษาฐานบริการสุขภาพที่จำเป็นระหว่างภาวะระบาดของโรค โควิด-19 ผลการถอดบทเรียน พบว่าการบูรณาการการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ภาครัฐแต่เพียงลำพังหรือ เพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ลุ้วงได้ จำเป็นต้องอาศัยการร่วมแรง ร่วมใจจากหลายภาคส่วน ความพร้อมในการรับมือการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด การสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้ เข้าใจ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ การให้ข้อมูลข้อเท็จจริง รวมทั้งการตอบโต้กับข่าวลวง ล้วนเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อลดความตื่นตระหนกที่จะเกิดขึ้น ระบบฐานข้อมูลที่ต้องการ ทันเวลา มีความจำเป็นอย่างมากในการบริหารสถานการณ์พิเศษเช่นนี้ ฐานข้อมูลที่ต้องการ ทันเวลา นำมาซึ่งการตัดสินใจที่ถูกต้อง ในการวางแผนการดำเนินงานนั้น จำเป็นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ชัดเจน การบริหารจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 2019 มีการบูรณาการการทำงานในทุกภาคส่วน มีกฎหมาย ระเบียบ แนวทาง เป้าหมายที่ชัดเจน มีการออกแบบระบบการบริหารงาน มีโครงสร้างสนับสนุนการทำงาน มีการพัฒนาการให้บริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสารสนเทศ และการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วน ในสังคม การทำงานที่ยืดหยุ่นและคล่องตัว ตัดสินใจรวดเร็วในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง มีการจัดการเชิงรุก จนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤติที่ต้องบูรณาการการจัดการในหลายภาคส่วน ทั้งในเรื่องของกำลังคน การเงิน การคลัง เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ และหน่วยบริการ

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา-2019

Abstract

The objectives of research were to study the conditions, problems and factors related to the operation and develop guidelines. Surveillance, prevention and control of the coronavirus disease (Covid-19) of Mae Sot district. And to assess the performance of surveillance, prevention and control of the coronavirus disease (Covid-19) of Mae Sot district, Tak province, there were 4 steps of research methodology. Prevention and control of corona virus 2019, Mae Sot district 2 The study of conditions and problems of surveillance operations prevention and control of corona virus 2019, Mae Sot district, Step 3 Developing guidelines for surveillance operations prevention and control of coronavirus disease 2019, Mae Sot district, Step 4 Assessing the effectiveness of surveillance operations prevention and control of corona virus 2019, Mae Sot district. Gather information through brainstorming, group discussions, and observations. Lesson transcripts The data were analyzed by capturing the issues, study results, and developmental guidelines for disease prevention and control. 1. Coordination, planning, monitoring, evaluation 2. Risk communication and community participation 3. Surveillance, disease investigation and contact tracing 4. Entry and exit ports 5. National laboratory system 6. Prevention and control of infection 7. Patient management and knowledge sharing innovation and research 8. Operation and logistics support in supply chains and manpower management 9. Maintenance of essential health services during the COVID-19 Lesson result found that the integration of multi-sector collaboration the government alone or Just one agency unable to resolve the situation Collaboration is required. Collaboration from many sectors readiness to cope with the spread of COVID-19 public relations communication Building awareness, understanding, is an important variable, providing information, facts, and responding to fake news. were all necessary. to reduce panic that will occur An accurate and timely database system was very necessary to manage special situations like this. The right database, timely, lead to the right decision. in planning the operation It needs to be based on clear information. management of the epidemic situation of the Coronavirus disease 2019 is integrated in all sectors, with laws, regulations, guidelines, clear goals. The management system is designed. There is a structure to support the work. Service has been developed using digital information technology. and the mobilization of forces from all sectors in society; flexible and agile work Make quick decisions in changing situations. proactive management until they can control the situation well and effectively especially in times of crisis that need to integrate management in many sectors. Both in terms of manpower, finance, finance, tools, equipment, places and service units.

Keywords: effectiveness, prevention and control Corona virus disease-2019

*ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) **ปรด. (ยุทธศาสตร์)

บทนำ

โรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ 2019 หรือโควิด
2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ พบการระบาดเพิ่มขึ้นอย่าง

รวดเร็ว ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (hfocus.org, 2020 สถานการณ์การระบาดของทั่วโลกพบผู้ป่วย 31,161 ราย (World Health organization, 2020) ประเทศไทย พบผู้ป่วย ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 615 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563) จังหวัดตาก พบผู้ป่วย 1 คน (จังหวัดตาก, 2563) ที่อำเภอแม่สอด เป็นชายอายุ 43 ปี ชาวเมียนมา อาชีพนักธุรกิจขายรถมือ 2 ประเทศญี่ปุ่น ไปยังประเทศเมียนมาร์ เป็นผู้ที่ไม่เข้าไปตรวจร่างกายเพื่อขอใบรับรองแพทย์เพื่อที่จะเดินทางไป ประเทศสิงคโปร์ การระบาดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก (Van Bavel, Baicker, Boggio, et al, 2020) อำเภอแม่สอด เป็นอำเภอชายแดนไทย – เมียนมาร์ ของจังหวัดตาก เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ขึ้นทะเบียนกับสภาอุตสาหกรรมจำนวน 397 แห่ง ส่งผลให้มีชาวต่างชาติอพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานอาศัยในพื้นที่อำเภอแม่สอด เป็นแรงงานและผู้ติดตามมากกว่าแสนราย โดยพื้นที่อำเภอแม่สอดเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นผลเนื่องมาจากการระบาดครั้งใหญ่ของประเทศเมียนมา ซึ่งมีคนไทยและต่างชาติที่ลักลอบข้ามแดนผ่านช่องทางเข้าหลายช่องทาง ทำให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กระจายไปทั่วพื้นที่อำเภอแม่สอด มีรายงานข้อมูลจากการสุ่มตรวจหาเชื้อเชิงรุกในกลุ่มพนักงานขับรถและพนักงานประจำรถที่เข้ามาขนส่งสินค้าในราชอาณาจักรไทย ณ จุดผ่านแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 และในย่านชุมชนต่างๆ ซึ่งตรวจพบพนักงานขับรถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 3 ราย และพบบุคคลที่อาศัยในย่านมาดิสะ เทศบาลนครแม่สอดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 5 ราย (โรงพยาบาลแม่สอด, 2563) ในวันที่ 9 ตุลาคม 2563 โรงพยาบาลแม่สอดได้สุ่มค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยการตั้งจุดตรวจโควิด-

19 ที่บริเวณด่านพรมแดนสะพานมิตรภาพไทย-เมียนมา แห่งที่ 2 โดยสุ่มตรวจพนักงานขับรถและคนประจำรถรับส่งสินค้าชาวเมียนมา จำนวน 60 ราย ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS CoV-2 จำนวน 2 ราย และประสานเจ้าหน้าที่ของเมืองเมียวดี เข้ามารับตัวผู้ติดเชื้อทั้ง 2 ราย เข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลเมียวดี โดยมีผู้สัมผัสที่ทำงานในที่ทำงานเดียวกันประมาณ 200 ราย ได้ถูกส่งเข้าสู่กระบวนการกักกันใน State quarantine ของเมืองเมียวดี

ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ คือ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอดและเป็นคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตาก ได้รับบทบาทในการวางแผน ประสานงานร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคส่วนต่างๆ ได้กำหนดมาตรการต่างๆ ในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรค เพื่อวางแนวปฏิบัติ และมีเครื่องมือที่เหมาะสมในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพ และปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา(Covid-19) อำเภอแม่สอด
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา(Covid-19) ของอำเภอแม่สอด
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา (Covid-19) ของอำเภอแม่สอด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

(Action research) ตามแนวคิดเคมมิสและแมกเทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988 อ้างใน ภัทรพร เกษสังข์, 2559) พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด 10 ตำบล และ 90 หมู่บ้าน ระยะเวลาศึกษา กุมภาพันธ์ 2563 – กุมภาพันธ์ 2564)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แหล่งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ วิชาการแทนผู้อำนวยการฯ สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคของโรงพยาบาล และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนจากหอการค้าแม่สอด ผู้แทนจากองค์กรเอกชน (NGOs) จำนวน 10 คน ผู้ให้ข้อมูลหลักในการร่วมพัฒนาแนวทาง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในช่วงระดมสมองด้วยวิธีการคัดเลือกแบบที่มีหลากหลาย (Maximum Variation Sampling) จำนวน 18 คนตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การระดมสมอง และการสนทนากลุ่ม แบบสำรวจ แบบบันทึกการกักตัวที่บ้าน (Home Quarantine) ของประชากรที่เดินทางเข้าในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็น (Thematic Analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูลของ Glaser and Strauss (1967) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัย 010/2563 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาบริบทการ

ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา

2019 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ คือ เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะติดชายแดน ไทย-เมียนมาร์ และเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ที่รองรับการเป็นเขตของนิคมอุตสาหกรรม มีการค้าขายกับชาวเมียนมาร์ มีนักท่องเที่ยวเข้า-ออกในพื้นที่ รวมทั้งมีการค้าขายตามแนวชายแดน มีบ่อนคาสิโนในบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ มีการเคลื่อนไหวของประชากรที่สำคัญใน 4 ประเภท ได้แก่ 1) ประชากรชาวไทยที่เดินทางเข้า-ออกภายในประเทศ ไปในพื้นที่เสี่ยงต่างๆ เช่น กรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและจังหวัดอื่นๆ ที่ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ประกาศ 1) ประชากรชาวไทยที่เดินทางเข้า-ออกต่างประเทศ 2) ประชากรชาวเมียนมาร์ที่มาเป็นแรงงาน อาศัยในพื้นที่ที่มีการเดินทางข้ามแดนเข้าและออกในพื้นที่ 3) ประชากรต่างชาติ เช่น ชาวจีน ชาวปาเลสไตน์ อิสลามโรฮิงญา ฯลฯ ที่เดินทางมาอาศัยอยู่ในพื้นที่ หรือเดินทางเข้ามาในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า

1. พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เป็นพื้นที่ติดชายแดนไทย-เมียนมาร์ โดยมีแม่น้ำเมยเป็นเส้นกั้นแดน และเป็นอำเภอในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ที่มีการค้าขายกับชาวเมียนมาร์ มีนักท่องเที่ยวเข้า-ออกในพื้นที่ รวมทั้งมีการค้าขายตามแนวชายแดน มีบ่อนคาสิโนในบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ หมู่บ้านชเวโก๊โก๊ ซึ่งมีชาวจีนแผ่นดินใหญ่มาอาศัยอยู่ มีช่องทางเข้าออกทางธรรมชาติจำนวนหลายช่องทาง ไม่น้อยกว่า 30 ช่องทาง และมีช่องทางเข้าออกหลักที่เป็น

ด้านถาวร จำนวน 2 ช่องทาง ลักษณะการดูแลของเจ้าหน้าที่รัฐ

2. การตั้งด่านเพื่อความมั่นคง ดูแลการเข้า-ออกและความปลอดภัยเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ฝ่ายทหาร ตำรวจและเจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงเป็นหลัก ยังไม่มีการยกระดับ หรือความเข้มข้นในการเฝ้าระวัง มีการบูรณาการการทำงานแบบหลวมๆ แต่มีการประสานงานเป็นระยะๆกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงของประเทศเมียนมาร์อย่างไม่เป็นทางการ

3. บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคง ได้แก่ ทหารพราน ตำรวจตระเวนชายแดน ตำรวจภูธร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ในด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการป้องกันโรค หรือสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การออกแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นแม่แบบ ดังนี้ 1) การประสานงานวางแผน ติดตาม ประเมินผล 2) การสื่อสารความเสี่ยง และการมีส่วนร่วมของชุมชน 3.) การเฝ้าระวังสอบสวนโรคและการติดตามผู้สัมผัส 4) ช่องทางเข้าออกประเทศ 5) ระบบห้องปฏิบัติการแห่งชาติ 6.) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 7) การจัดการผู้ป่วยและการแบ่งปันความรู้ นวัตกรรมและการวิจัย 8) การสนับสนุนการปฏิบัติงานและการขนส่งในห่วงโซ่อุปทานและการจัดการกำลังคน 9) การบำรุงรักษา ด้านบริการสุขภาพที่จำเป็นระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน

1. รูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการของอำเภอที่มีเอกภาพ คณะกรรมการโรคติดต่ออำเภอแม่สอด มีความเป็นเอกภาพในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการประชุมอย่างต่อเนื่องในการออกคำสั่งอำเภอแม่สอด ในระยะที่มีการระบาดจะมีการประชุมทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เป็นประจำทุกสัปดาห์ หากมีเรื่องเร่งด่วนอาจจะเรียกประชุมนอกวันดังกล่าวได้อีกด้วย

2. การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ประชาสัมพันธ์สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจกับประชาชน ตามวิธีการและช่องทางสื่อ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด. และศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัดตาก (ศปก.จ. ตก.) ได้จัดทำและเผยแพร่สถานการณ์การระบาด การบริหารจัดการเตียง การรักษา การบริหารจัดการวัคซีนต่างๆ ในจังหวัด ในรูปแบบ Infographic ตามช่องทางการสื่อสารทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนรับทราบความเสี่ยง และลดความตระหนกการสื่อสารสถานการณ์และมาตรการในพื้นที่ที่เกิดการระบาดการณรงค์เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

3. การเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและการติดตามผู้สัมผัส การเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยก่อนเข้ารับบริการได้คัดกรองเบื้องต้น และสังเกตอาการเข้าข่าย PUI เช่น การคัดกรองข้ามอำเภอด่านห้วยหินฝน, การคัดกรองทางเข้า-ออกบริเวณสนามบินอำเภอแม่สอด การคัดกรองในด้านชุมชน การคัดกรองด่านท่าข้ามธรรมชาติ การคัดกรองผู้ขนถ่ายสินค้า จุด Soft

zone และจุดสะพานมิตรภาพแห่งที่ 1-2 การคัดกรองด่านสถานีนขนส่งผู้โดยสาร 2) การเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ เช่นแยกจุดคัดกรอง เฝ้าระวังผู้ที่มีการเดินทางเหนื่อยใจเข้าข่าย PUI ก่อนทำหัตถการ 3) การเฝ้าระวังในผู้เดินทางเข้าประเทศ เช่น การคัดกรองข้ามอำเภอด่านห้วยหินฝนผ่านการลงทะเบียนเข้าระบบออนไลน์ การคัดกรองบุคคลที่เดินทางข้ามประเทศ จุดสะพานมิตรภาพแห่งที่ 1 ร่วมกับด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ และตำรวจตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดตาก การคัดกรองเบื้องต้นให้กับผู้ที่เดินทางเข้า-ออกอำเภอแม่สอด บริเวณสนามบินอำเภอแม่สอดร่วมกับทุกภาคส่วน การคัดกรองเบื้องต้นให้กับบุคคลที่เดินทางข้ามประเทศ ด่านท่าข้ามธรรมชาติ 4) การเฝ้าระวังกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับในเรือนจำ โดยเบื้องต้นแยกผู้ต้องขัง เพื่อตรวจวัดคัดกรอง และกักกันตัวเป็นเวลา 14 วันก่อนเข้าชั้นใน

การเฝ้าระวัง Sentinel surveillance เพื่อตรวจจับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่เข้าเกณฑ์ PUI เพื่อทราบแนวโน้มการเกิดโรค เช่น การใช้ตัวตรวจไข้ขาว ไข้แดง เพื่อใช้เฝ้าระวัง ค้นหาและคัดแยกผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเชิงรุก การติดตาม คัดกรองเชิงรุกผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. อสต.ประจำคุ้มร่วมกับฝ่ายปกครองร่วมกันเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน **ระบบการเฝ้าระวังโรค** จากกรณีการค้นหาเชิงรุก หากพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค จัดเจ้าหน้าที่ออกดำเนินการสอบสวนและควบคุมการระบาดเบื้องต้น หากไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (PCR) หากเป็นกรณีผู้ป่วยยืนยัน ให้ดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา ของกรมการแพทย์ หากเป็นกรณีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นลบในครั้งแรก ให้แยกกักที่บ้าน หรือส่งเข้าสถานที่กักกันตัวของรัฐ (LQ) ระบบ

การสอบสวนโรค ทีมคณะกรรมการ EOC โดยท่านนายอำเภอแม่สอดเป็นประธาน จัดตั้ง ทีมวิเคราะห์ข้อมูลระดับอำเภอ (SAT) ทีมคณะทำงานสอบสวนโรค และควบคุมโรคระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับชุมชน ทีมสื่อสารความเสี่ยง ทีมจัดสรรกำลังคนและยุทธศาสตร์ ในการบริหารจัดการ

ระบบติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยง 1).

การติดตามผู้ป่วย กรณีสามารถรักษาตัวแบบอยู่ที่บ้าน Home Isolation และแพทย์พิจารณาให้เป็นผู้ติดเชื้อกลุ่มสีเขียว โดยผ่านแอปพลิเคชัน LINE เพื่อรายงานอาการประจำวัน เครือข่ายในชุมชนเฝ้าระวัง ติดตามระหว่างการรักษาและกักกันตัวตามเกณฑ์ และใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลควบคุมกำกับผู้ติดเชื้อ กรณีไม่สามารถรักษาตัวแบบอยู่ที่บ้านได้ และแพทย์พิจารณาให้เป็นผู้ติดเชื้อกลุ่มสีเขียว นำส่งรักษาศูนย์พักคอยระดับตำบล เช่น CI ตำบล รพ.สนาม FI FQ ในระบบโรงงานตามมาตรการของ bubble and seal กรณีชาวต่างชาตินำส่งเข้าศูนย์พักคอยเฉพาะเช่น CI โพนี และกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มสีส้ม สีแดงนำส่งเข้ารพ. เอกชน และรพ.แม่สอด 2) การติดตามกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง โดยการพิจารณาสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัย กรณีแยกกักตัวที่บ้านได้ โดยผ่านแอปพลิเคชัน LINE เพื่อรายงานอาการประจำวัน และอสม. อสต.เข้าประเมิน กรณีไม่สามารถแยกกักตัวที่บ้านได้ จนท.จะดำเนินการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสถานที่กักกันตัวของรัฐ

4. ช่องทางเข้าออกประเทศ ปฏิบัติตามคำสั่ง

คณะกรรมการ โรคติดต่อ และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดระบบการแจ้งเตือนประชาชนเข้า-ออกในพื้นที่ประชาชนที่เดินทางเข้า-ออกในพื้นที่ได้แก่ เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงจากต่างจังหวัด ตามประกาศของ ศบค. เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ตามประกาศฯ เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลี พม่า ฯลฯ กลุ่มที่เดินทางข้ามไปทำงานเมืองเมียวดี ประเทศ

เมียนมาร์ แรงงานชาวเมียนมาร์ ที่ถูกรอเข้ามาทำงานในพื้นที่โดยมีมาตรการให้ผู้เดินทางไปหรือมาจากจังหวัดเสี่ยงที่ศูนย์ควบคุมโรคประเทศไทยประกาศต้องทำการกักตัวที่บ้าน (Home Quarantine) 14 วัน และผู้ที่เดินทางไปหรือมาจากจังหวัดอื่นๆ ให้การสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (Self-Quarantine) 14 วัน โดยมีสม.และผู้นำชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบกำกับดูแลในช่วงดังกล่าว ระบบการเฝ้าระวังประชาชนชาวต่างชาติ เช่น ชาวจีนที่อาศัยในหมู่บ้านชาวจีนหรือบ้านชเวโกโก (ประเทศเมียนมาร์) นักธุรกิจที่เดินทางมาค้าขายในพื้นที่ เช่น ชาวปากีสถาน เกาหลี มาตรการด้านชุมชนในชุมชนทางเข้า-ออก หมู่บ้าน 10 ช่องทาง ประชากรเดินทางเข้า-ออกสะดวก มาตรการในช่วงแรกชุมชนได้ตั้งด่านชุมชน ณ จุดสำคัญ เพื่อคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้า-ออก ห้ามแรงงานชาวเมียนมาร์ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เดินทางออกนอกพื้นที่ กรณีที่จำเป็นต้องแจ้งผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เท่านั้น มาตรการงดรับแรงงานเมียนมาร์เข้ามาในพื้นที่ ประชากรในชุมชน ร้อยละ 80 มีอาชีพเกษตรกรรม และในแต่ละครัวเรือนจะมีแรงงานชาวเมียนมาร์อาศัยอยู่ในไร่นา และในชุมชน มาตรการในช่วงแรกให้งดรับแรงงานเมียนมาร์เข้ามาในพื้นที่

5. ระบบห้องปฏิบัติการ การเก็บสิ่งส่งตรวจ จัดทำคำชี้แจงสำหรับผู้เดินทางที่เข้าพักในสถานที่กักกันฯ แนบกับเอกสารอื่นๆ ที่มอบให้ผู้เดินทางตั้งแต่วันแรกที่เข้าพัก ให้ผู้เดินทางเข้าใจ และรับทราบว่าจะมีการเก็บสิ่งส่งตรวจจากทางเดินหายใจเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแจ้งผู้เดินทางทราบว่าถึงแม้ผลตรวจไม่พบเชื้อก็ยังคงต้องถูกกักกันในสถานที่ที่กำหนดไว้จนครบ 14 วัน แนวทางการทำงานตรวจPCRหาเชื้อ โควิด-19ในชุมชน จัดแบ่งเจ้าหน้าที่ประจำจุดต่างๆ พิจารณาตามขนาดของจำนวนผู้มารับ

บริการ แต่ละจุดบริการ และจัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่อำนวยความสะดวกและความเรียบร้อย

6. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

6.1. มาตรการป้องกันโรคในตลาดในชุมชน มีตลาดสดจำนวน 10 แห่ง และมีร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ (7-11) ห้างสรรพสินค้า ประชาชนมาซื้ออาหารและสินค้าอุปโภค บริโภค ทุกวัน จึงทำให้เกิดมาตรการเบื้องต้นตามหลักการป้องกันโรคขึ้น การจัดขอบเขตพื้นที่ (Zone) การทำเครื่องหมายเพื่อให้ประชาชนเว้นระยะห่างการใช้ภาชนะใส่กันเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝอยละอองจากการไอ จาม การกำหนดให้ประชาชนที่เข้า-ออกตลาดต้องวัดไข้ สวมผ้าปิดจมูก การล้างมือ การรักษาระยะห่าง ร้อยละ 100 ถ้าไม่ปฏิบัติตาม ห้ามเข้าตลาดและร้านค้า โดยมีเจ้าหน้าที่ของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจากเทศบาลทั้งสองแห่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการกำกับดูแล และกำชับความเข้มข้นในการปฏิบัติของประชาชนที่มาใช้บริการในตลาด ตามมาตรการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6.2. มาตรการร้านอาหาร แผลงลอย และการเริ่มใช้แอปพลิเคชันสั่งอาหารเนื่องจากในช่วงแรกของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 รัฐบาลได้ประกาศเคอร์ฟิวส์ห้ามออกจากบ้านตั้งแต่เวลา 21.00 น. – 06.00 น. และมีประกาศในการห้ามจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่มในช่วงเวลาที่กำหนด การห้ามนั่งรับประทานอาหารในร้าน ทำให้ผู้ประกอบการ และคนในชุมชนได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากตำบลแม่เงาเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ในชุมชนมีร้านจำหน่ายอาหาร-เครื่องดื่ม อาทิเช่น ร้านขายอาหารตามสั่ง ร้านก๋วยเตี๋ยว ร้านส้มตำ ร้านกาแฟ เป็นต้น

6.3. ตลาดนัด จำนวน 10 แห่ง ให้งดการเปิดตลาด จนกว่าจะได้รับการอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบ เนื่องจากตลาดนัดดังกล่าว

8. การสนับสนุนการปฏิบัติงานและการ
ขนส่งในห่วงโซ่อุปทานและการจัดการกำลังคน การ
 คัดกรองโควิด-19 ในกลุ่มคนจีนที่เดินทางเข้าบริเวณ
 สะพานมิตรชายแดน 1 เป็นการประสานงานระหว่าง
 หน่วยควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ หน่วย
 ควบคุมโรคติดต่อนำแมลง และสำนักงานสาธารณสุข
 อำเภอแม่สอด สนับสนุนรถตรวจเชื้อชีววิทยาระ
 ราชทาน จัดตั้งศูนย์กักกันป้องกันโรคโควิด-19
 จัดตั้งจุดคัดกรอง ส่งแรงงานเมียนมา และแรงงานไทย
 กลับประเทศ จัดตั้งจุดตรวจคัดกรอง safe zone เพื่อ
 แลกเปลี่ยนสินค้า ควบคุมการระบาดในโรงงานด้วย
 Bubble & Seal กำหนดพื้นที่ FI/FQ จัดตั้ง
 โรงพยาบาลสนามและสถานกักกันกลาง โดย
 ประสานความร่วมมือ เทศบาล อบต. ผู้นำชุมชน อสม.
 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รับ
 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จาก หอการค้าตาก รมรงค์
 วัคซีนในกลุ่มคนไทยและแรงงานต่างด้าวทั้ง
 ภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม การประสานความ
 ร่วมมือในการจัดการวัคซีน กลุ่มงานควบคุมโรค
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ฝ่ายเภสัชกรรม
 โรงพยาบาลแม่สอด กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
 โรงพยาบาลแม่สอด เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานส่งเสริม
 ภูมิคุ้มกันสาธารณสุขอำเภอแม่สอด และเจ้าหน้าที่
 รับผิดชอบงานส่งเสริมภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลส่งเสริม
 สุขภาพตำบลทุกแห่ง การประสานความร่วมมือใน
 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ผู้ว่าราชการจังหวัด ฝ่าย
 ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. อสต. NGO สภา
 อุตสาหกรรม

9. การบำรุงรักษาด้านบริการสุขภาพที่

จำเป็นระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 1 จัดตั้งระบบกำกับดูแลเฉพาะกิจที่
 เรียบง่ายตลอดจนกลไกการประสานงานที่สามารถ
 ตอบสนองต่อมาตรการที่กำหนดขึ้น จัดตั้งหรือ

ปรับเปลี่ยนกลไกและแนวปฏิบัติที่ไม่ซับซ้อนเพื่อ
 กำกับดูแลการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นมีฟังก์ชัน
 กำกับงาน

ส่วนที่ 2 การระบุถึงบริการที่จำเป็นตาม
 บริบทมาตรการการป้องกันโรคติดต่อประชาสัมพันธ
 ให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมารับบริการฉีดวัคซีน
 ป้องกันโรคโควิด-19 ให้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์
 ประชาสัมพันธให้ประชาชนป้องกันตนเองโดยใช้
 มาตรการ DMHTT ให้กลุ่มเสี่ยงสูงทำตามมาตรการ
 HQ, SQ กลุ่มป่วยทำตามมาตรการ HI, CI
 ประชาสัมพันธให้ประชาชนที่ไปรับบริการสุขภาพ
 ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT สถานบริการมีฉากกั้น
 ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมีการ
 ใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม ให้คำแนะนำเรื่องการ
 ทำความสะอาดร่างกาย, สิ่งของ, สิ่งแวดล้อม, โดยการ
 ฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาประเภทต่าง ๆ, การกำจัดขยะติดเชื้อ
คลินิกสุขภาพเด็กดี จัดคิวเหลื่อมเวลาเข้ารับบริการมี
 จุดคัดกรองผู้ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจให้
 ผู้รับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีปฏิบัติตามมาตรการ
 DMHTT ปรับปรุงส่วนพื้นที่ที่ทำงานของเจ้าหน้าที่
 แยกจากผู้ป่วยโดยใช้ฉากพลาสติก/อะคริลิกกั้น หรือ
 ถ้าทำไม่ได้ให้ เจ้าหน้าที่ใส่ face shield ผู้รับบริการและ
 บุคลากรทางการแพทย์สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
 ที่ให้บริการจำกัดจำนวนผู้ปกครองเด็กที่เข้ามารับ
 บริการในห้องฉีดวัคซีน เช็ดทำความสะอาดจุดเสี่ยง
 สัมผัสต่าง ๆ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหลังให้บริการทุกครั้ง
ผู้สูงอายุและผู้พิการ คัดกรองผู้สูงอายุประจำปีตามปกติ
 โดยจัดให้มีมาตรการเว้นระยะห่าง สวมใส่ วัคซีน
 ชักถามอาการที่เข้าได้กับโควิด ส่วนของเจ้าหน้าที่ ผู้
 ให้บริการใส่อุปกรณ์ป้องกันตามความเหมาะสม เยี่ยม
 บ้านผู้สูงอายุและผู้พิการตามปกติโดยเจ้าหน้าที่แต่งชุด
 ป้องกันที่เหมาะสม ให้บริการที่บ้านโดยเว้นระยะห่าง
 และใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ รวมทั้งทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม

กำจัดขยะหลังจากให้บริการ เชิญชวนผู้สูงอายุทุกราย มารับวัคซีนป้องกันโควิด การจัดหาและเวชภัณฑ์ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรค **ไม่ติดต่อเรื้อรัง** ปรับเปลี่ยนการให้บริการโดยมีระบบ การจัดส่งยาให้ที่บ้าน เช่น ระบบ Telemedicine และ ระบบ fast tract ในการ refill ยาและระบบจัดส่งยาโดย ทางไปรษณีย์ รัยยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน และ อสม. จัดส่งยาที่บ้าน มีหมอบประจำครอบครัว ดูแลผู้ป่วยตาม ละแวกรับผิดชอบ รพสต.ส่งเวชระเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง ให้แพทย์ตรวจสอบและส่งจ่ายยาตามนัด แพทย์คัด แยกผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติให้พบแพทย์ ผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการในสถานบริการต้องปฏิบัติตาม มาตรการ D-M-H-T-T มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของ สถานบริการต่างๆ ที่ผู้ป่วยรักษาประจำเพื่อปรึกษา ปัญหาสุขภาพหรือช่องทางอื่น กรณีผู้ป่วยจิตเวช อาการกำเริบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะมีการประสาน กับเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช รพ.แม่สอด เพื่อปรึกษา แพทย์คัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนตามปกติ ปีละ 1 ครั้ง โดยเน้นต้องปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T และเชิญชวนผู้ป่วยจิตเวชทุกคนมารับวัคซีนป้องกัน โควิด การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ที่มีอาการ เฉียบพลันให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเจ้าหน้าที่สวม อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 การเพิ่มประสิทธิภาพของทิศทาง และการจัดการกระบวนการให้บริการจัดทำ แผนผังภารกิจของหน่วยบริการสาธารณสุขประเภท ต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และของกองทัพ ปรับทิศทาง ของการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เน้นการ รักษาห่วงโซ่อุปทานสำหรับยาและเวชภัณฑ์จำเป็น โดยลดการมาพบผู้ให้บริการลงจัดตั้งกลไกการออก หน่วยที่จำเป็น เพื่อให้มีการให้บริการที่จำเป็นได้

ส่วนที่ 4 การจัดตั้งระบบการไหลเวียนของ ผู้ป่วย (การคัดกรอง การคัดแยก และการส่งต่อ) ในทุกระดับ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงขั้นตอนการ ปฏิบัติตัวขณะมารับบริการและปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT คัดกรองผู้รับบริการทุกรายโดยใช้คำแนะนำ และนิยามโรคโควิด-19 แยกผู้ป่วยในหอผู้ป่วย โดยใช้ คำแนะนำของโรคโควิด-19 มีการตรวจ RT-PCR ก่อน Admit กรณีเร่งด่วนให้อยู่ห้องแยกกรณีผล RT-PCR ถ้า พบผล Positive ให้เข้า Cohort ward ถ้าผล Negative ให้เข้า ward ปกติ มีการคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง ของโรคในสถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน สี แดง : วิกฤต รุนแรง ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เตรียม ผ่าตัดด่วน ต้องทำ RT-PCR ทุกราย สีเหลือง : ปาน กลาง ดูแลทันทีแล้วรอ Admit ต้องทำ RT-PCR ทุก ราย สีเขียว : ฉุกเฉิน ดูแลทันที แล้วให้สังเกตอาการใน ห้องฉุกเฉิน ต้องทำ ATK ทุกราย ถ้าพบผล Positive ส่งเข้า Cohort ward ถ้าพบผล Negative ให้กลับบ้าน กำหนดเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับ เส้นทางส่งต่อตามแนวทางของโรงพยาบาลแม่ สอด

ส่วนที่ 5 การกระจายกำลังศักยภาพด้าน สาธารณสุขอย่างเร่งด่วนรวมถึงการมอบหมายงาน ใหม่และการกระจายงาน ใ้บุคลากรทำงานล่วงเวลา โดยรับค่าตอบแทน ขอสนับสนุนบุคลากรจากพื้นที่ที่ ไม่ได้ผลกระทบ มาช่วยปฏิบัติงาน ขอคำปรึกษาจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องอายุราชการแล้วที่ยังมี ใบอนุญาต มาเป็นที่ปรึกษาระดับกำลังพลด้านสุขภาพ ของหน่วยงานทหาร หน่วยพัฒนาการเคลื่อนที่ 33 กษาดำเภอ ภาคเอกชน ห้างร้าน สภาอุตสาหกรรม อปพร.กู้ชีพกู้ภัย อสม. ชรบ. อบต. และเทศบาล ฝึกอบรมการ swab และการใส่ชุด PPE

ส่วนที่ 6 สร้างกลไกบริหารจัดการยา อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้มีความพร้อมใช้ ตลอดเวลา มีแผนผังระบบบริการ มีระบบเติมยาใน CUP, คลปสอ. มีระบบส่งยาจากโรงพยาบาลแม่สอดให้ รพ.สต. โดยจะนำส่งยาทุกวันอังคาร วันพุธ วันพฤหัสบดี ของทุกสัปดาห์ จากนั้น รพ.สต.จะนำส่งผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่สอดมีการนำยาส่งร้านขายยาใน โครงการ เพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาที่ร้านขายยา ประชาสัมพันธ์เรื่องร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ ให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน โดยกระจายอยู่ใน อำเภอแม่สอด มีแพลตฟอร์มรายงานยาคลัง ระบบเบิกจ่ายและจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ โดยใช้โปรแกรม PMK และ โปรแกรม JHCIS

อภิปรายผล

การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา-2019 ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ผลการศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา พบว่า พื้นที่มีลักษณะพิเศษ เป็นพื้นที่ติดชายแดนไทย-เมียนมาร์ โดยมีแม่น้ำเมยเป็นเส้นกั้นแดน และเป็นอำเภอในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ที่มีการค้าขายกับชาวเมียนมาร์ มีนักท่องเที่ยวเข้า-ออกในพื้นที่ รวมทั้งมีการค้าขายตามแนวชายแดน มีบ่อนคาสิโนในบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ หมู่บ้านชเวโก๊โก๊ ซึ่งมีชาวจีนแผ่นดินใหญ่มอาศัยอยู่ มีช่องทางเข้าออกทางธรรมชาติจำนวนหลายช่องทางไม่น้อยกว่า 30 ช่องทาง และมีช่องทางเข้าออกหลักที่เป็นด่านถาวรจำนวน 2 ช่องทาง ลักษณะการดูแลของเจ้าหน้าที่รัฐ

ผลการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่าการออกแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา

2019 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก(WHO)มาเป็นแม่แบบ ดังนี้ การประสานงาน วางแผน ติดตาม ประเมินผล การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน การเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและการติดตามผู้สัมผัส ช่องทางเข้าออกประเทศ ระบบห้องปฏิบัติการแห่งชาติ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดการผู้ป่วย และการแบ่งปันความรู้ นวัตกรรมและการวิจัย การสนับสนุนการปฏิบัติงานและการขนส่งในห่วงโซ่อุปทานและการจัดการกำลังคน การบำรุงรักษาบริการสุขภาพที่จำเป็นระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19

ผลการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019

พบว่า รูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการของจังหวัดที่มีเอกภาพ คณะกรรมการโรคติดต่ออำเภอแม่สอด มีความเป็นเอกภาพในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง ในการบริหารจัดการ ระบบติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยง การติดตามผู้ป่วย กรณีสามารถรักษาตัวแบบอยู่ที่บ้าน Home Isolation ช่องทางเข้าออกประเทศ ปฏิบัติตามคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อ และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดระบบการแจ้งเตือนประชาชนเข้า-ออกในพื้นที่ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มาตรการป้องกันโรคในตลาดในชุมชนมีตลาดสดจำนวน 5 แห่ง และมีร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ (7-11) ห้างสรรพสินค้า ประชาชนมาซื้ออาหารและสินค้าอุปโภค บริโภค ทุกวัน จึงทำให้เกิดมาตรการเบื้องต้นตามหลักการป้องกันโรคขึ้น ได้แก่ การทำความสะอาดด้วยน้ำผสมน้ำยาฆ่าเชื้อโรคโควิด-2019 ตามหลักวิชาการด้านสุขาภิบาลอาหาร การจัดขอบเขตพื้นที่ (Zone) การจัดการผู้ป่วยและการแบ่งปันความรู้ นวัตกรรมและการวิจัยการจัดการ

ผู้ป่วยเมื่อมีผล PCR บวก หรือ ATK บวก ในกรณี
ผู้ป่วยรายเดียว ไม่เป็นคลัสเตอร์ คัดกรองแล้ว
เข้าเกณฑ์รักษาตัวที่บ้านได้ อากาศปกติ การ
สนับสนุนการปฏิบัติงานและการขนส่งในห่วงโซ่
อุปทานและการจัดการกำลังคน การคัดกรองโควิด 19
ในกลุ่มคนจีนที่เดินทางเข้าบริเวณสะพานมิตร
ชายแดน 1 เป็นการประสานงานระหว่าง หน่วย
ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ หน่วยควบคุม
โรคติดต่อนำแมลง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
แม่สอด การคัดกรอง เป็นการประสานความร่วมมือ
ของทุกฝ่าย ควบคุมการระบาดในโรงงานด้วย
Bubble & Seal กำหนดพื้นที่ FI/FQ โดยการประสาน
ความร่วมมือระหว่าง สถานประกอบการ สภา
อุตสาหกรรมแม่สอด ฝ่ายปกครอง นายอำเภอแม่สอด
โรงพยาบาลแม่สอด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
แม่สอด สุ่มค้นหาผู้ป่วยในชุมชนด้วย ATK โดยใช้
ทฤษฎี ไข่ขาว ไข่แดง โดยการประสานความร่วมมือ
ระหว่างฝ่ายปกครอง (ทหาร ตำรวจ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน
ชรบ.) และหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด อสม.
และ Lock down ชุมชนเป้าหมาย สุ่มตรวจคัดกรอง
ด้วย AKT อย่างน้อยร้อยละ 25 ของประชากรในทุก
หลังคาเรือน การบำรุงรักษาด้านบริการสุขภาพที่
จำเป็นระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 จัดตั้ง
ระบบกำกับดูแลเฉพาะกิจที่เรียบง่ายตลอดจนกลไก
การประสานงานที่สามารถตอบสนองต่อมาตรการที่
กำหนดขึ้น การระดมถึงบริการที่จำเป็น การเพิ่ม
ประสิทธิภาพของทิศทางและการจัดการกระบวนการ
การให้บริการ การจัดตั้งระบบการไหลเวียนของผู้ป่วย
ในทุกระดับประชาสัมพันธ์ การกระจายกำลัง
ศักยภาพด้านสาธารณสุขอย่างเร่งด่วนรวมถึงการ
มอบหมายงานใหม่และการกระจายงาน ให้บุคลากร
ทำงานล่วงเวลาโดยรับค่าตอบแทน ในการฝึกอบรมที่
สำคัญเพื่อให้ความช่วยเหลือในการตัดสินใจทาง
การแพทย์และแนวทางการให้การดูแลรักษาในกรณี

เหมาะสม สร้างกลไกบริหารจัดการยา อุปกรณ์ และ
เวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้มีความพร้อมใช้ตลอดเวลา
แผนผังระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการ
พัฒนาเทคโนโลยีหรือเครื่องมือในการบริหารจัดการใน
พื้นที่ในสถานการณ์วิกฤตอื่นที่มีใช้ โรคระบาด หรือ
ภัยคุกคามรูปแบบใหม่ โดยไม่ต้องรอกการสั่งการจาก
ส่วนกลาง หรือการประกาศใช้พระราชกำหนดการ
บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน

2. ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้
ประโยชน์ หน่วยงานสาธารณสุขนำรูปแบบการพัฒนา
ระบบการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 2019 ไปเป็น
ต้นแบบและนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ลักษณะเดียวกัน
เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติเหมือนกัน จะทำให้เกิด
พฤติกรรมรูปแบบใหม่ (New normal) อย่างยั่งยืน
ผู้บริหารสามารถนำผลการดำเนินงานนี้ไปประยุกต์ใช้
ในการป้องกันและควบคุมโรคอื่นๆ

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควร
เพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานและการติดตาม
ประเมินผล เพื่อกำหนดวงรอบในการ พัฒนาเพิ่มเติม
จะทำให้มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง
สามารถนำไปถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาระบบ
การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 2019 เป็นระยะ ๆ
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างพฤติกรรมรูปแบบใหม่
(New normal)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายอำเภอแม่สอด
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่สอด บุคลากรสาธารณสุข
อำเภอแม่สอด ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระบาด
อำเภอแม่สอด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
และภาคีเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์ โควิด-19 สืบค้นเมื่อ 21 มกราคม 2563 จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และพวงค์ เทพอักษร. (2563). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) ในประเทศไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 12(3), 195-212.
- จังหวัดตาก. (2563). สถานการณ์โรคไวรัสโคโรนาจังหวัดตาก ณ วันที่ 5 ธันวาคม 2563. ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคไวรัสโคโรนา จังหวัดตาก.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. 21 (2). 29-39.
- บุญเรือน ทองทิพย์. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนาองค์กรแบบ New Normal. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 5(11), 434-447.
- ภัทรพร เกษสังข์. (2559). การวิจัยปฏิบัติการ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. มุลินธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2563). รายงานโครงการการพัฒนารอบ ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ ประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Galvin, C. J., Li, Y. C. J., Malwade, S., & Syed-Abdul, S. (2020). COVID-19 preventive measures showing an unintended decline in infectious diseases in Taiwan. International Journal of Infectious Diseases, 98, 18-20. [hfocus.org](https://www.hfocus.org). (2020). ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) ปี 2563. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2020/02/18600>.
- Hubbard, R.S. & Power, B.M. (1993). The art of classroom inquiry: A handbook for teacher researchers. New Hampshire: Heinemann.
- Lin, C. Y., Imani, V., Majd, N. R., Ghasemi, Z., Griffiths, M. D., Hamilton, K., ... & Pakpour, A. H. (2020). Using an integrated social cognition model to predict COVID-19 preventive behaviours. British journal of health psychology, 25(4), 981-1005.
- Nguyen, N. P. T., Hoang, T. D., Tran, V. T., Vu, C. T., Siewe Fodjo, J. N., Colebunders, R., & Vo, T. V. (2020). Preventive behavior of Vietnamese people in response to the COVID-19 pandemic. PloS one, 15(9), e0238830.
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. Nature human behaviour, 4(5), 460-471. Watkins, J. (2020). Preventing a covid-19 pandemic. BMJ 2020;368:m810 doi: 10.1136/bmj.m810.
- World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic Retrieved Jan 21, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีโรคร่วม**Nursing care hemorrhagic stroke with comorbidity****อารีย์ ฤกษ์ไทย *****Aree Thuekthai*****บทคัดย่อ**

โรคหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุมาจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมองเลือด และเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด เข้าไปเบียดแทนที่ เนื้อสมอง เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเนื้อสมองตายทำให้มีภาวะสมองบวม ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิด ภาวะสมองเคลื่อนที่ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจะเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาปัญหา และให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงอายุ 56 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ถามตอบรู้เรื่อง ประวัติการเจ็บป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง ขนาดยา 4 ปี และมีโรคทางจิตเวช การวินิจฉัยเป็น Hemorrhagic stroke จากการรับ ผู้ป่วยรายนี้ไว้ในความดูแลผู้ป่วยตลอดกัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองแตกและอาการ ทูเลาโดยวางแผนจำหน่ายกลับบ้านและมีการสอนญาติมาเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ได้แก่ การให้อาหารทางสาย ยาง การทำแผล เป็นต้น รวมการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 30 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดมาตรวจซ้ำเป็นระยะ

คำสำคัญ: หลอดเลือดสมองแตก, ความดันโลหิตสูง, จิตเภท.

Abstract

Hemorrhagic stroke was caused by uncontrolled high blood pressure. When the rupture of the blood vessels of the brain and the blood will pool together to form a blood clot (hematoma) to squeeze the tissue in place of the brain, resulting in ischemic brain cells. and brain necrosis causing brain edema. Brain herniation can lead to death (6) Caring for hemorrhagic stroke patients It consists of drug treatment and surgery, patient care. Hemorrhagic stroke focuses on preventing potential complications. The researcher was interested in studying the problems and providing nursing care to solve problems and prevent complications of patients with hemorrhagic stroke. From a case study, a 56-year-old female patient was admitted with weak left limb symptoms. crooked mouth question and

answer histories of illnesses were high blood pressure, were absent from medication for 4 years and had psychiatric disease. The diagnosis of hemorrhagic stroke by accepting this patient in patient care, safe from complications that may be caused by hemorrhagic stroke and respite by planning to leave home and teaching relatives to learn to care for accompanying patients include feeding by tube, dressing wounds, etc., totaling 30 days of hospitalization, so they were sold to take home. and make appointments for re-examination periodically

Keyword: Hemorrhagic stroke, Hypertension schizophrenia.

*พบ. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่มีความพิการได้รับการดูแลร่วมกัน ระหว่างญาติ และทีมการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวได้น้อยแม้จะอยู่ในสถานการณ์การระบอบของโรคติดเชื้

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก โรคนี้ พบว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6วินาที จะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ.

2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิต มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน อีกทั้งการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีการพัฒนาก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องพัฒนาองค์ความรู้ด้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ (สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์, 2558)

โรคหลอดเลือดสมองนี้ยัง เป็น สาเหตุของการเสียชีวิตสูง เป็นอันดับ 2 ของประชากรที่ อายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็น อันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี โดยในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6 ล้านคน (วิทวัส ศิริยงค์, 2561) เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life

Year) ที่สำคัญอันดับที่ 2 ทั้งในชาย และหญิง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว กลืนอาหารลำบาก พูดไม่ชัด มีความบกพร่องทางความรู้สึกลึกซึ้ง สภาวะจิตใจอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (เรื่ออากาศเอกหญิง จริญญาลักษณ์ ป็องเจริญ 2563) และเมื่อเจ็บป่วยนานๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ และพบว่ามักจะได้เกิดร่วมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานๆ และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (จินพิชญ์ชามะมม, 2555) มีการยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อเหนียวลึบ การติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์, 2559) นอกจากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว หากผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ได้รับการดูแลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทำให้เสียชีวิตหรือมีความพิการรุนแรงมากขึ้น จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ถือเป็นความท้าทายของพยาบาล ในการให้การพยาบาล ที่ต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

จากสถิติของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 99 ราย ปี 2563 จำนวน 99 ราย และปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 100 ราย และอัตราการตายปี 2562 คือ 32.39 ในปี 2563 คือ 45.00 และปี 2564 คือ 25.63 ซึ่ง

ตามเกณฑ์ควรน้อยกว่า ร้อยละ 25.00 จะเห็นได้ว่าเป็นปัญหาในการให้บริการทางสาธารณสุข เนื่องจากมีอัตราการตายสูง ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคประจำตัว (สมหวัง โรจนะ, 2559)

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีโรคร่วม จำนวน 1 ราย ข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 56 ปี สถานะภาพสมรส มีบุตร 2 คน ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2556 รับประทาน NIFEDSPIN 20 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง มารับยาครั้งเดียว แล้วขาดยา ไม่เคยมารับยาความดันโลหิตสูงอีกเลย ต่อมาพบว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพียงครั้งเดียวแล้ว หลังจากนั้น ให้ญาติมารับยาจากจิตแพทย์แทน และมีประวัติดื่มสุราร่วมด้วย จนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น พิษสุราเรื้อรัง ในปี 2562 หลังจากนั้นให้ญาติเป็นผู้มารับยาเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้รับการประเมินสัญญาณชีพ ขาดยาทางจิตเวชอีก 6 เดือน ปี 2563 มารับยาครั้งเดียว ขาดยาต่อเนื่องอีก 1.5 ปี จนถึงวันที่ 10 มกราคม 2565 ญาติมารับยาทางจิตเวชแทนครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2565 ญาติได้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกบินทร์บุรีด้วยรถส่วนตัว ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากรถฉุกเฉิน 1669 (รถลูกกลับจากทำงาน) ถึงโรงพยาบาลเวลา 19.54 น. ด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ได้ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 170/117 mmHg ชีพจร

101 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้ง / นาที ชักประวัติดูแลพิเศษ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่าเป็น Sinus tachycardia อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที และตรวจน้ำตาลในเลือดพบว่า 115 mg/dl ส่งตรวจคอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีเลือดออกในสมองส่วนขวา (right lentiform nucleus size 5.1 × 4.1 × 2.1 cm in AP×Wt ×Ht dimensions, volume 30.6cc with perilesional edema. Left ward subfalcine herniation 1.0 cm) ได้ส่งผล CT Scan ไปยังศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศรแล้ว และได้ส่งการรักษา iva ที่โรงพยาบาลบดินทร์บุรี ให้รักษาทางยา แพทย์โรงพยาบาลบดินทร์บุรี จึงได้รับตัวการรักษาที่ ดีกอาชุกรกรรมหญิง โดยมีแผนการรักษา ตามอาการ การให้สารน้ำ และสังเกตอาการทางระบบประสาท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาส เส้นเลือดสมองแตกซ้ำเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน แรกรับ BP 170/117 mmHg
วัตถุประสงค์ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เกิน 140/90 mmHg

เกณฑ์การประเมิน ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 mmHg

กิจกรรมพยาบาล ลดการรบกวน ไม่กระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความดันโลหิตสูงเช่น ให้ออนพัก งดกิจกรรมทุกชนิด ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อ ความดันในกระโหลกศีรษะสูง จากภาวะสมองขาดเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้าย อ่อนแรง จากผลตรวจคอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีเลือดออกในสมองส่วนขวา (right lentiform nucleus size 5.1 × 4.1 × 2.1 cm in AP×Wt ×Ht dimensions, volume 30.6cc with perilesional edema. Left ward subfalcine herniation 1.0 cm)

วัตถุประสงค์ ควบคุมไม่ให้มีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น ป้องกันการเกิดการชักจากความดันเลือดในสมองสูง และป้องกันการเกิดสมองขาดเลือด

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยไม่มีอาการชักเกร็ง ระดับความรู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง

กิจกรรมพยาบาล สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Glasgow coma score) วัดสัญญาณชีพ จัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง 30 องศา ให้อยากัน ชักตามแผนการรักษา Dilantin 750 mg + nss 100 cc IV Drip in 30 min then Dilantin 100 mg + nss 100 cc IV q 8 hr รายงานแพทย์เมื่อเกิดอาการทางระบบประสาท (Glasgow coma score) ลดลงมากกว่า 2 คะแนน ให้ข้อมูล ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการชัก แต่มีอาการทางระบบประสาทลดลง 2 คะแนน E2M5V2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เป็นระยะ ญาติไม่ประสงค์ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ยินยอมให้กดขนาดหัวใจ และช่วยฟื้นคืนชีพ ให้เฉพาะทางยาเท่านั้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากการเคลื่อนไหวได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองไม่ได้

มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก นอนบนเตียงตลอดเวลา
กิจกรรมเองไม่ได้ ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม มีความอับชื้น
ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์ ป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน ไม่มีแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ไม่ให้อับชื้น เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งหลังขับถ่ายให้สารน้ำและอาหารทางสายยางให้เพียงพอ ดึงที่นอนให้เรียบตึง ประเมินผิวหนังไม่ให้เกิดรอยแดง เมื่อเกิดรอยแดงให้เปลี่ยนทันที จัดท่านอนให้เหมาะสม ใช้หมอนรอง หลังเล็ก การลากและดึง (ปราณี เกษรสันต์, 2558) ใช้ที่นอนลม

ประเมินผลทางการพยาบาล ไม่เกิดแผลกดทับ 15 วัน

การดูแลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน

ข้อมูลสนับสนุน มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ 10-20 เซลล์ปัสสาวะมีสีขุ่นเข้มมีไข้ T=38.5 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน ปัสสาวะสีปกติ ไม่มีไข้ ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล ให้น้ำและอาหารทางสายยาง ตามแผนการรักษา พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ เช้าเย็น ให้ยาปฏิชีวนะ Cef-3 2 gm. ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ติดตามผลการเพาะเชื้อปัสสาวะซ้ำ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น pipertaz 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน

ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่พบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ปัสสาวะใส ไม่มีไข้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีภาวะขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน โปแทสเซียม ในร่างกาย 2.8 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.0 mmol/L) ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร ยกเว้นยา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดภาวะความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ปกติ ค่าโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.0 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล ดูแล การให้สารน้ำในร่างกาย ตามแผนการรักษาขอแพทย์ โดยให้โพแทสเซียม 30 meq ในสารน้ำ NSS 1000 ml IV 80 cc/hr ติดตามผลเลือด ระดับอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ประเมินผลทางการพยาบาล ระดับอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ปกติ 4.1 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่กระดูกก้นกบ

ข้อมูลสนับสนุน มีรอยแดงที่ก้นกบขนาด 10 ซม. และต่อมาเป็นสีดำคล้ำ

วัตถุประสงค์ เพิ่มการหายของแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน แผลกดทับมีระดับดีขึ้น จากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ทำแผลวันละ 2 ครั้ง ให้น้ำและอาหารทางสายยาง ตามแผนการรักษา

ประเมินผลทางการพยาบาล ภาวะแผลกดทับที่กระดูกก้นกบมีระดับดีขึ้นจากระดับ 3 เป็นระดับ 2

การวางแผนการจำหน่าย (D-METHOD)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยและ

บุคคลในครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะการดูแล

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและบุคคลใน

ครอบครัวสอบถามถึงแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว คลายความกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะตามความสามารถในการปฏิบัติ ตามแผนการพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและบุคคลใน

ครอบครัวคลายความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติได้ ผ่านการประเมินการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ การเปลี่ยนถุงใส่ปัสสาวะ การพลิกตัวผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความเข้าใจ

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การดำเนินของโรค สอนและแนะนำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา สภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างถูกต้อง เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ การเปลี่ยนถุงใส่ปัสสาวะ การพลิกตัวผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อการป้องกันอุบัติเหตุ การเตรียมอาหารทางสายยาง การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การดูแลการให้ยาตาม

แผนการรักษา อาการฉุกเฉินที่ควรมาพบแพทย์ การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลในระดับที่สูงขึ้นไป รวมทั้งการส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านข้อมูลต่อเนื่องสู่ชุมชน (SMART COC) และการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ (ปราณี เกษรสันต์, 2558)

ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยและบุคคล

ในครอบครัว คลายความกังวล มีทักษะตามความสามารถในการปฏิบัติ ตามแผนการพยาบาล

วิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และมีโรคร่วมต้องคำนึงถึงความปลอดภัย และเฝ้าระวังสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท และอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมาจากความพิการของโรค ระหว่างนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จนมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีแผลกดทับ มีติดเชื้อในโรงพยาบาล ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตามมา ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการวางแผนการให้การพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม เตรียมความพร้อมผู้ดูแลเรื่องความรู้ และทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ภายได้ทรัพยากรที่เป็นไปได้ของระดับปฐมภูมิ มีระบบการส่งต่อฉุกเฉิน ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การส่งกลับหรือจำหน่ายไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (อรทัย ซาติโสสม, 2559)

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2562 จากวิกิพีเดีย <http://bps.moph.go.th>.
- จรรยาภรณ์ ป็องเจริญ(เรืออากาศเอกหญิง). (January –June 2020) บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก: กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช (Roles of Nurse Case Manager in Hemorrhagic Stroke Patients : A Case Study at Choapraya Yommarraj hospital .*The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi* Vol.3 No. 1).
- ฉิมพิชญ์ชา มะมม (2555) * คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต ตำบลคลองหนึ่งอำเภอคลองหลวงจังหวัดปทุมธานี วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีบัณฑิตวิทยาลัยบัณฑิตวิทยาลัย : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล The Nurses Role and Pressure Ulcers: Challenge in Prevention and Management ปีที่ 20 ฉบับที่ 5 (ฉบับพิเศษ). 2555.
- วิวัฒน์ ศิริขันธ์ (2561) ความชุกโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พ.บ.ว.วารุศาสตร์วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 Med J 2018; 32 : 863 – 870.
- ปราณี เกษรสันต์. (2558). วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยาอมราชฉบับที่ 25 พิมพ์ครั้งที่ 1 มค-เมย. 2015.
- ศกามาศ พิษธรรกร. (2564) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล. วารสารหัวหินเวชสารปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มค-เมย. 2564.
- สมหวัง โรจนะ. (2563). วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากภาวะความดันโลหิตสูง ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ฉบับสมบูรณ์. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป พิมพ์ครั้งที่ 1 : 2559 จัดพิมพ์โดย : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกันยายน. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) จำนวน 1,000 เล่ม พิมพ์ที่ : บริษัท วิคทอรีอิมเมจ จำกัด.
- อรทัย ชาติโสม. (2559) ประสิทธิภาพการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2559.
- อรนุช มกรภิรมย์. (2563) วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 มกราคม –เมษายน 2563 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด.

การพยาบาลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ช็อกและได้รับการตัดมดลูก

Nursing mothers who give birth vaginally have postpartum hemorrhage, shock and undergo hysterectomy

พรทิพย์ ผินกระโทก**

Pronthip phinkrathok

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรงของมารดาที่มารับบริการคลอดบุตร อาจมีภาวะช็อกและทำให้เสียชีวิตได้ หากช่วยเหลือไม่ทัน โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี รกค้าง และช่องทางการคลอดตีแคบ ตามลำดับ ดังนั้นการพยาบาลมารดาตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรง เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยและสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ โดยในระยะคลอดพยาบาลมีส่วนร่วมสำคัญยิ่งในการป้องกัน ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่แม่นยำและมีประสิทธิภาพ และมีทักษะที่ดีในการช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะตกเลือดที่ดี จะทำให้มารดาปลอดภัยยิ่งขึ้นซึ่งการดูแลและรักษาในเบื้องต้นขึ้นอยู่กับสาเหตุหลัก ความรุนแรงของการตกเลือด ทักษะและประสบการณ์ หากการรักษาเบื้องต้นล้มเหลว จำเป็นที่จะต้องให้การผ่าตัดเข้ามาช่วย ไม่ว่าจะเกิดจาก Uterine atony, placental abnormality, uterine trauma การผ่าตัดมีทั้ง อนุรักษ์ภาวะเจริญพันธุ์ (Uterine-sparing) ความคุมเลือดออกเฉพาะที่ รวมไปถึงการตัดมดลูก ดังนั้น การผ่าตัด จึงมีบทบาทในการรักษาการตกเลือดหลังคลอด เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดความรุนแรงของการเสียเลือด ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด การพยาบาล

Abstract

The postpartum hemorrhage was a dangerous and severe complication of mothers attending childbirth services. Most of the reasons are poorly constricted uterus, placenta, and torn delivery channels, respectively. Therefore, nursing mothers from the antenatal stage. The prenatal, maternity, and postpartum periods help prevent and reduce violence so that the mother after birth is safe and able to live a normal life. In the delivery phase, nurses play a vital role in prevention. Accurately and effectively assess the signs and symptoms of postpartum hemorrhage and have good skills to help mothers with hemorrhages. Primary care and treatment depends on the main cause. The severity of the hemorrhage, skills and experience. If the initial treatment fails It was necessary to use surgery to help.

Whether it was caused by uterine atony, placental abnormality, uterine trauma. Surgery includes uterine-sparing, local bleeding control, as well as hysterectomy. Therefore, surgery plays a role in the treatment of postpartum hemorrhages, it was extremely important to reduce the severity of blood loss. Reduce complications and reduce maternal mortality after childbirth.

Keywords: Postpartum hemorrhage, Nursing care

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดและการพยาบาลมารดา ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดขั้นรุนแรง เป็นภาวะที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกพร้อมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด, 2563) แบ่งเป็น 2 ชนิดตามระยะเวลาของการตกเลือดหลังคลอดได้แก่ 1) Early / Primary postpartum hemorrhage (การตกเลือดหลังคลอดทันที) ได้แก่การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายในเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยสาเหตุหลัก คือ Uterine atony ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 80 ของ early PPH 2) Late / Secondary postpartum hemorrhage (การตกเลือดหลังคลอดในภายหลัง) ได้แก่การตกเลือดที่เกิดขึ้นหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้วจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอด เป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่ง

ระดับความรุนแรงของการตกเลือด หลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะตกเลือด มดลูกขนาดใหญ่ เช่น ครรภ์แฝด ทารกตัวโต ครรภ์แฝดน้ำ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน มีภาวะรกเกาะต่ำ หรือ รกลอกตัวก่อนกำหนด มีภาวะ severe preeclampsia หรือ HELLP syndrome ได้รับการชักนำการคลอด ได้รับ oxytocin นาน ระยะคลอดยาวนาน หรือ คลอดเร็วเกินไป

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนี้

1. Tone คือ สาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งพบได้มากที่สุดคิดเป็น ร้อย

ละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด (Su, 2012; Lim, 2012) เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ผ่านการ คลอดทางช่องคลอดมากกว่า 1 ครั้ง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลัง คลอด 1.65-3.03 เท่า (Briley et al, 2014; Michelet et al., 2015) มารดาที่มีการคลอดระยะที่ 2 ยาวนานกว่าปกติ มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 4.67 เท่า และมารดาที่มีการใช้ยาเทรนูทาลินในช่วงเจ็บครรภ์คลอด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 4.11 เท่า (Satapornteera et al., 2012) มารดาที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ในระยะรอคลอดนานเกิน 8 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น (Naoko et al., 2013) (Lower segment) ซึ่งตามปกติในขณะที่ มดลูกหดตัวกล้ามเนื้อมดลูกบริเวณส่วนล่างจะหดตัวได้ไม่ดีเท่ามดลูกส่วนบน (Upper segment) เพราะเป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อมดลูกบางและไม่แข็งแรงจึงมี โอกาสเกิดการตกเลือดได้ ส่วนการเกิดรกออกตัวก่อนกำหนดจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากในขณะที่ ตั้งครรภ์หรือระยะรอคลอดจากการที่มีแผลตำแหน่งที่ รกเกาะในขณะเดียวกันยังมีทารกอยู่ในครรภ์ มดลูก จึงไม่สามารถจะหดตัวเพื่อให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยง บริเวณรอยแผลหดรัดตัวและหยุดเลือดได้ เลือดจึงไหลไม่ หยุดเกิดการตกเลือดใน ระยะคลอดและหลังคลอดได้ จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีรกเกาะต่ำมีโอกาสดกเลือดหลังคลอด 31.76 เท่า และมารดาที่มีรกออกตัวก่อนกำหนด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 7.59 เท่า (Satapornteera et al., 2012)

2. Trauma คือ สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (Tear cervix) ช่องคลอด (Tear vaginal) แผลฝีเย็บ (Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (Hematoma) เป็นต้น (Perry et al. , 2010; Mattson & Smith, 2011; Su, 2012; Murray & McKinney, 2014) การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Forceps or vacuum) การตัดแผลฝีเย็บ (Episiotomy, especially mediolateral) การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or precipitate of labor) และการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) (Su, 2012) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2.54 เท่า (Tort et al., 2015) มารดาที่ได้รับการช่วยคลอดหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น ใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ ในการช่วยคลอด มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2.63-2.93 เท่า (Tort et al., 2015; Briley et al., 2014)

3. Tissue คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรกหรือชิ้นส่วนของรกตกค้างภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ที่พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติทั้งหมด (Mattson & Smith, 2011; Su, 2012) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรกติดหรือรกค้าง ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Mid trimester delivery) การติดเชื้อของรกและน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis and accessory placental lobes) การเย็บผ่าตัดเนื้องอกมดลูกมาก่อน การเย็บผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมารดาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไป (Su, 2012) ซึ่ง

ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับรกผิดปกติเป็นปัจจัยที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีรกค้ำ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดถึง 21.3 เท่า (Briley et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะรกฝังแน่นเป็นสาเหตุให้เกิดรกค้ำและตกเลือดหลังคลอดจนต้องตัดมดลูกหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 38 (ACOG, 2012)

4. Thrombin คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้ประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกออกตัวก่อนกำหนด (Su, 2012) ได้รับยาเสพติดหรือยารักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ (Briley et al., 2014) มีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น hemophilia, thalassemia (สร้อย, 2557) โดยพบว่า มารดาที่มีภาวะซีดรุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการแก้ไข มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 6.65 เท่า (Tort et al., 2015) มารดาที่ได้รับยาเสพติดหรือยารักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2 เท่า (Briley et al., 2014)

การดูแลรักษาตามสาเหตุหลัก การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) นวดคลึงมดลูก ขาช่วยการหดรัดตัวของมดลูก โดยแนะนำ oxytocin เป็นลำดับแรก และ/หรือ methylergonovine ประเมินการตอบสนองโดยเร็ว ถ้าไม่ได้ผลอาจให้ยากลุ่ม พรอสตาแกลนดินส์

Bimanual mpression รกไม่คลอด/คลอดไม่หมด (Tissue) ล้างรกชุดมดลูก กรณีรกไม่ครบ ทำด้วยความระมัดระวัง แนะนำให้ใช้ curet ตัวใหญ่ (หรืออาจใช้คีมอัลตราซาวด์พบว่ามึนเนื้อค้ำ) บาดเจ็บช่องทางการคลอด / มดลูกปลิ้น (Trauma) เย็บซ่อมตำแหน่งฉีกขาด อาจต้องดมยาสลบและเย็บทางช่องคลอด แต่กรณีฉีกขาดสูงถึง broad ligament จะต้องเปิดเย็บทางหน้าท้อง มดลูกแตกมักจะตัดมดลูก แต่อาจพิจารณาเย็บซ่อมได้เป็นราย ๆ ไป ใต้มดลูกกลับคืนกรณีมดลูกปลิ้น การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) แก้ไข / ให้ออกซิเจนประกอบเลือดทดแทน บริกษาอายุรแพทย์ กรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น ขอความช่วยเหลือแพทย์ผู้มีความชำนาญ / วิสัญญีแพทย์ ส่งตัวผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (มีการประสานงานกับฝ่ายรับ แพทย์ควรไปพร้อมผู้ป่วย และใช้มาตรการลดการมีเลือดออกระหว่างการส่งตัว) การปฏิบัติการกู้ชีพดูแลแบบผู้ป่วยหนัก (ห้องไอซียู) ควบคุมความดันโลหิตและการแข็งตัวของเลือดให้เลือด น้ำเกลือออกซิเจนประกอบเลือด วิธีการหยุดเลือด ควบคุมเลือดออกเฉพาะที่ (อนุรักษภาวะเจริญพันธุ์) (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง) เย็บผูกเส้นเลือดมดลูก / อาจร่วมกับเย็บผูกเส้นเลือดรังไข่ (แนะนำ)

B-Lynch sutures (ทางเลือก) Uterine tamponade / embolization (ทางเลือก) เย็บผูกเส้นเลือดแดง internal iliac arteries (เฉพาะผู้มีประสบการณ์สูง) ตัดมดลูก (total หรือ subtotal) กรณีมีบุตรพอแล้วหรือไม่ต้องการมีบุตรแล้ว ไม่สามารถควบคุมเลือดออกได้ โดยใช้วิธีอนุรักษ ควรทำการตัดมดลูกทันที ก่อนที่จะเสียเลือดมากจนเกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว tissue

hypoxia อุณหภูมิร่างกายต่ำ และภาวะเลือดเป็นกรด ทำให้ยากต่อการแก้ไข การตัดมดลูกจะเป็น subtotal หรือ total hysterectomy ก็ได้ควรระวังการเย็บผูก stump ของเส้นเลือดต่างๆไม่ควรผูกให้มีขนาดใหญ่ และใช้วิธี double ligation เลือดไม่หยุดหลังตัดมดลูก
แนะนำ: Abdominal packing / umbrella packing

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันตกเลือด

ระยะหลังคลอด การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยงต่างๆ และให้การดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องต่อไปการใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The university of utah¹⁵ ซึ่งมีการแบ่งระดับของความเลี่งและปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระดับ คือ เลี่งปานกลาง (Moderate risk) และเลี่งสูง (High risk) โดยประเมิน 2 ระยะ คือ ระยะแรกรับ และระยะคลอด การประเมินในระยะแรกรับ ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง การประเมินในระยะคลอด ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง (Moderate risk) ควรให้การดูแลโดยติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดงของการตกเลือดอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทราบปัจจัยเสี่ยง การป้องกันและการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดขั้นรุนแรง

ผลการวิจัย

กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอดมีภาวะรกค้าง และตกเลือดหลังคลอด ซึ่งได้รับการตัดมดลูก

ข้อมูลทั่วไป ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 44 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส

อาชีพรับจ้าง การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 26 เมษายน 2563 เวลา 21.25 น. วันที่จำหน่าย 4 พฤษภาคม 2563 เวลา 12.00 น. รวมจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 8 วัน

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น G5P4 pregnancy 38⁺ 5 wk. with labor pain การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย G5P5 NL with retained placenta with PPH with shock with subtotal hysterectomy อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ให้ประวัติ เจ็บครรภ์ 17.00 น. มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน รับไว้ที่แผนกห้องคลอด 26 เมษายน 2563 รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์ ปากมดลูกเปิด 2 cm effacement 70 % station -1 membrane intact cephalic presentation V/S T36.8 C PR 80 /min RR 20 /min BP 130/80 mmHg SpO2 97 % room air น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 27.34

27 เมษายน 2563 มีความก้าวหน้าของการคลอด เจ็บครรภ์ที่ 08.00 น.เข้าระยะ active phase ปากมดลูกเปิด 4 cms effacement 75 % MI station 0 Vx ดูแลให้สารน้ำ งดน้ำและอาหาร เวลา 12.40 น.ปากมดลูกเปิดหมด 10 cms effacement 100 % membrane rupture AF สีขาว station 0 คลอดNL 12.48 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2640 กรัม Apgar score 8-9-9 คะแนน นอนในแผนกทารกแรกเกิดป่วยเนื่องจากหายใจเร็วหลังคลอด มารดาได้รับ Oxytocin 10 U im หลังทารกคลอดไหล่น้ำ 30 นาที รกไม่คลอด เสียเลือด 310 cc on Foley 's cath ส่ง OR สั้วรก มีภาวะ placenta adherence เสียเลือดเพิ่มอีก 700 cc ได้รับ cytotec 8 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก 0n NSS 1000 ml + oxytocin 40 unit iv drip 100 ml/hr Hct stat 36 % หลังสั้วรกสัญญาณชีพปกติ มดลูกหดตัวดี 16.00 น. ย้ายไปตึกหลังคลอด V/S PR 120/min RR 22/min BP 140/90 mmHg มดลูกหดตัวดี ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดซึมๆ 17.15 น มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน มดลูกหดตัวไม่ดี Hct 35 % ดูแลให้ Nalador 1 amp+5%D/W500 ml iv drip 40 cc /hr 19.00 น. มดลูกหดตัวดีเป็นพักๆ ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดซึมๆชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน รวมเสียเลือดที่หลังคลอด 500 cc สูติแพทย์ตรวจเย็บมดลูก 19.40 น. พิจารณาย้ายมารดาหลังคลอดไปห้องคลอดเพื่อทำ Balloon temponade ไม่สำเร็จ 20.40น.Hct 29 % V/S PR 134/min เบาเร็ว RR 24 /min BP 160/102 mmHg ดูแลให้ PRC 1 unit iv drip ซ้ำๆ เตรียมมารดาเพื่อตัดมดลูก จาก uterine atony 21.15 น. PR 112/min RR22/min BP 140/100 mmHg SpO2 98% ได้รับยา

NSS1000+synto 40 unit iv drip 100/min Nalador 1 amp+5%D/W 500 ml iv drip 40 cc/hr Ceftriazone 2 gms +NSS 100 ml iv drip, metronidazole 500 mg iv drip in 30 min ส่งห้องผ่าตัด 21.15 น. เริ่มทำผ่าตัด 21.40-00.10 น.เสียเลือดเพิ่มอีก 700 cc ได้รับ FFP 4 unit PRC 3 unit urine สีน้ำตาลเนื้อ 100 cc รวมเสียเลือดทั้งหมด 2210 cc มีภาวะ shock ร่วมด้วย

28 เมษายน 2563 เวลา 00.45 น.หลังผ่าตัดย้ายไปตึกหลังคลอดรู้สึกตัวดี PR 66 /min RR 20/min BP 190/92 mmHg SpO2 100 % On NSS 1000 ml iv drip 80 cc/hr 2 เส้น retain foley 's cath 300 cc สีน้ำตาลเนื้อ ได้ lasix 20 mg iv stat 08.00 เจาะ CBC Hct 27 %ได้ PRC 1 unit iv drip (unit ที่ 6) plt 65000 WBC 18450 INR 1.43 K+ 5.6 on EKG ผล ปกติ ได้ kalimate 30 gms +น้ำ 100 cc ให้ทางทวารหนัก 1 ครั้ง 12.00น. consult แพทย์อายุรกรรม ให้ย้ายไปสังเกตอาการที่ ICU จากภาวะ thrombocytopenia เวลา 22.00 น. Hct หลังเลือดหมด=28 % มารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติไม่มีไข้ ไม่เหนื่อยหอบ ปัสสาวะได้ตามเกณฑ์>30 cc/hr

29 เมษายน 2563 เวลา02.00 น.Hct 27% PR 56/min BP 156/88 mmHg SpO2 99 % ปัสสาวะออก 150 cc/4 ชม. Pain score 0-2 คะแนน ไม่มีไข้ เวลา 12.00 น.Hct 22 % ได้รับเลือดPRC 1 unit iv dripซ้ำๆ (unitที่ 7) ปัสสาวะออกดีขึ้น 1250 cc/8 ชม สีเหลืองใส แผลแห้งดีท้องไม่อืด ไม่มีไข้ เวลา 23.00น.เจาะ Hct 28 %

30 เมษายน 2563 สัญญาณปกติ ไม่มีไข้ หายใจไม่เหนื่อยหอบ SpO2 96-97 % room air ท้อง

ไม่ฉีดปวดแผลเล็กน้อย เวลา 07.00 น.เจาะ CBC Hct 26% plt 140000 K+ 3.5 เวลา 11.00 น.ย้ายออกจาก ICU ไปตีกหลังคลอด เพื่อสังเกตอาการต่อ มารดา รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด ลูกเดินได้ ไม่เวียนศีรษะ ไม่เหนื่อย หลังถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง

1 พฤษภาคม 2563 มารดาหลังคลอด

สัญญาณชีพปกติ รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ แผลแห้งดี ท้องไม่อืด ลูกเดินได้เอง ปวดแผลเล็กน้อย Hct 26 %

2 พฤษภาคม 2563 มารดา รู้สึกตัวดี สัญญาณ

ชีพปกติ ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ปวดแผล lochia สีแดงจางๆ เบื่อน้ำนมเล็กน้อย

3 พฤษภาคม 2563 มารดาไม่มีไข้ ช่วยเหลือ

ตัวเองได้ดี ท้องไม่อืด ไม่ปวดแผล เต้านมไม่คัด สัญญาณชีพปกติ

4 พฤษภาคม 2563 มารดา รู้สึกตัวดี สัญญาณ

ชีพปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด ไม่เจ็บแผล ไม่เวียนศีรษะ K+3.2 albumin 2.4 Calcium 7.1 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัด OPD med 1 สัปดาห์ และ PP clinic 1 เดือน

บทสรุป

ในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานสูติกรรมจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่

ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง ใช้นแนวทาง B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) ในการประเมินเพื่อให้อุปกรณ์ปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด นอกจากนี้ในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอด ที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอดและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น โดยการสอนให้มารดาหลังคลอดและญาติวินิจฉัยมดลูกเองอย่างถูกวิธี วัดระดับยอดมดลูกด้วยตนเองอย่างถูกต้อง สังเกตลักษณะและปริมาณของน้ำคาวปลาให้เป็น ให้มารดาหลังคลอดสังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บโดยใช้กระจกส่องดูแผลฝีเย็บทุกวัน เพื่อให้มารดาเห็นตำแหน่ง ลักษณะของแผลฝีเย็บและประเมินความผิดปกติต่างๆได้ด้วยตนเอง และรู้จักอาการแสดงที่ผิดปกติที่แสดงถึงการตกเลือดในระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลมารดาหลังคลอดรายนี้ควรแนะนำการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ รกติดแน่น ตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีภาวะซ็อกจนต้องตัดมดลูก พยาบาลห้องคลอดต้องประเมินภาวะเสี่ยงก่อนคลอด ระวังคลอด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีหากพบว่ารกไม่คลอดและติดแน่น มี active bleed ต้องรีบรายงานสูติแพทย์ ไม่ควรรอถึง 30 นาที และวางแผนในการจองเตียงที่ตึก ICU พยาบาลห้องหลัง

คลอดให้การพยาบาลตามมาตรฐานมารดาตกเลือด หลังคลอดหรือสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดา ในระยะหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานที่ดีต่อไป รวมถึงให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทันท่วงที เตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดตกเลือดหลังคลอดหรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงหรือมีอันตรายแก่ชีวิตได้

บรรณานุกรม

1. นันทพร แสนศิริพันธ์,ฉวี เบาทรวง.การพยาบาลและผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2561:321-332..
2. บุญยรัตน์ วงศ์วิริยะเวช,ฉัฐพร จันทร์แสน โรจน์,และชุตินาเทียนชัยทัศน์.(2661).การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1(1),39-47.สืบค้นจาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/169857-Article%20Text-476958-1-10-20190202.pdf
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย,การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด.แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย:2565 ;1- 33.
4. รัตยา โพธิผลิ.การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะซ็อก โรงพยาบาลตราด วันที่เผยแพร่30 พฤศจิกายน 2563.เผยแพร่ <https://www.trathospital.go.th>.
5. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์.การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3.โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก 2544;510-526.
6. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartumhaemorrhage. Geneva.World Health Organization,2012.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขต
เทศบาลตำบลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์**

**The effects of the program of applying the protection motivation theory and
social support to promote the behavior of driving motorcycles in Napho
subdistrict municipality, Napho district, Buriram province**

สุรชัย ชุตินธรรักษ์*
***Surachai Chutintarak**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน การแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและ แบบบันทึกพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานใช้ Independent t-test และ Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมาย และมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรม, การขับขี่รถจักรยานยนต์

Abstract

This quasi-experimental research were study to 1) Compare perceptions before and after participating in the program of applying the prevention motivation theory and social support to promote the behavior of driving motorcycles. 2) Compare motorcycle driving behavior before and after participating in the program of applying the theory of protection motivation theory and social support to promote the behavior of driving motorcycles. The data were collected from motorcyclists in Na Pho municipality aged 15 years and over. Using a multi-stage random-sampling method, the samples were divided into two groups, namely an experimental group of 50 and a control group of 50 by simple random sampling. The data were collected both before and after conducting the experiment using a questionnaire and motorcycle riding behavioral record. The collected data were analyzed by descriptive

statistics such as percentage, mean and standard deviation and the independent t-test and paired t-test were employed for testing hypotheses..

The results showed that after the experiment, the experimental group was aware of the risk of motorcycle accidents. Perceived benefits from having safe and compliant motorcycling behavior and the motorcycle driving behavior of the experimental group higher than the control group with a statistically significant level of .01

Keywords: Motivation, Social Support, Behavior, Motorcycling

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บทนำ

อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และเสียชีวิต ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมในหลายประเทศ ดังจะเห็นได้จากรายงานการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินในประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบว่าแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 1.3 ล้านคน และมีผู้ได้รับบาดเจ็บมากถึง 50 ล้านคน (Organization 2009) หรือเฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณวันละ 3,000 คน และมีผู้ได้รับบาดเจ็บประมาณวันละ 30,000 คน ซึ่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บและทุพพลภาพจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น องค์การอนามัยโลก (Peden and Organization 2004) ได้ประมาณการตัวเลขต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนไว้เป็นจำนวนเงินถึง 518 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในประเทศที่มีรายได้สูง และประมาณ 65 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ ปัจจุบันการใช้รถจักรยานยนต์มีความสำคัญในการดำเนินชีวิต เนื่องจากมีความคล่องตัว สามารถขับเคลื่อนไปยังที่ต่าง ๆ ได้อย่างไม่จำกัดและมีความคล่องตัวสูง ราคาไม่แพง การดูแลและ ค่าบำรุงรักษาตลอดจนน้ำมันเชื้อเพลิงถูกเมื่อเทียบกับยานพาหนะอื่น จึงส่งผลให้

รถจักรยานยนต์มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559-2562 คือ 1,914,131 คัน 2,001,130 คัน 1,942,494 คัน และ 1,876,710 คัน ตามลำดับและในขณะเดียวกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากรถจักรยานยนต์ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามไปด้วยสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าร้อยละ 95 เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรม การขับขี่ของกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 18-22 ปี มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์สูง เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ชอบความตื่นเต้นท้าทายและต้องการหาประสบการณ์ที่มีความเสี่ยง จึงมีพฤติกรรมขับขี่ด้วยความประมาท รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย การดื่มแอลกอฮอล์และการขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนด (กาญจนกรรองสุอังคะ, 2561) จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกปี พ.ศ. 2562 มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นทั้งสิ้น จำนวน 132,696 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 11,058 ครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.82 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2561 จำนวน (99,908 ครั้ง) โดยเดือนที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ เดือนเมษายนและประเภทรถที่มีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ จำนวน 34,164 ครั้ง (ร้อยละ 25.75) รองลงมา คือ รถยนต์ จำนวน 27,286 ครั้ง (ร้อยละ 20.56) และรถบรรทุกเล็ก (ปิกอัพ) จำนวน 16,157 ครั้ง (ร้อยละ 12.18) ตามลำดับ ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

โดยจำแนกตามพื้นที่ในเขตอำนาจของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562 พบว่าเขตพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ กองบัญชาการตำรวจภูธร ภาค 3 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ ยโสธร ศรีสะเกษ สุรินทร์ อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี) เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 44,636 ครั้ง (ร้อยละ 33.64) มีรถจักรยานยนต์เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด จำนวน 12,627 ครั้ง (กรมการขนส่งทางบก, 2562)

จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นเมืองศูนย์กลางทางด้านกีฬาทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ มีธุรกิจ การบริการ การคมนาคมที่สำคัญ สำหรับสาเหตุการตายในจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ปี 2562 อัตราตายจากอุบัติเหตุเป็นอันดับ สองรองจากโรคหัวใจ เท่ากับ 18.82 ต่อแสนประชากร และปี 2563 ตายเป็นอันดับสาม รองจาก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง คิดเป็น 16.25 ต่อแสนประชากร ปี 2564 ตายเป็นอันดับสาม รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีอัตราตายจากอุบัติเหตุ เพิ่มขึ้นเป็น 21.18 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโพธิ์, 2564) อำเภอ นาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่รอยต่อของจังหวัดบุรีรัมย์กับจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดมหาสารคาม ที่มีการสัญจรระหว่างจังหวัด เป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงสำคัญ ได้แก่ ผ้าไหมนาโพธิ์ และมีกรขายยาดัวด้านธุรกิจบริการด้านการท่องเที่ยว เช่น รีสอร์ท ที่พัก สวนน้ำ โดยที่มีผู้ใช้รถจักรยานยนต์จำนวนมาก นอกจากนี้เทศบาลตำบลนาโพธิ์ เป็นพื้นที่ที่มีการเติบโตและมีลักษณะเป็นชุมชนเมืองมีถนนหลายสาย ประกอบกับเป็นพื้นที่ที่มีผู้ใช้รถจักรยานยนต์จำนวนมาก ปัญหาการอุบัติเหตุจากการจราจรเป็นปัญหาหนึ่งที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ที่มีผู้ใช้รถจักรยานยนต์จำนวนมากกล่าวคือปัญหาการติดและการจราจรที่หนาแน่น โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลและช่วงชั้วโมงเร่งด่วน ปัญหาดังกล่าวมีส่วนทำให้พฤติกรรมการใช้ยานพาหนะมีการปรับเปลี่ยนจากการใช้รถยนต์มาเป็น

รถจักรยานยนต์มากขึ้น เพื่อให้ไปถึงจุดหมายปลายทางได้ทันเวลา จากการเก็บข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาโพธิ์ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 พบว่า เป็นอุบัติเหตุจากการจราจร จำนวน 1,341 ครั้งเป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ จำนวน 1,195 ครั้ง (ร้อยละ 89.91) มีผู้บาดเจ็บ จำนวน 1,594 คน เสียชีวิต 30 คน อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 22.63 ต่อแสน ประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 33.06) อายุอยู่ระหว่าง 14 – 20 ปี เวลาเกิดอุบัติเหตุ อยู่ในช่วงเวลา 17.00น. - 20.00น. (ร้อยละ 69.70) ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุที่พบสูงที่สุด คือ รถประเภทต่างๆ มาเฉี่ยวชน รองลงมา คือ การเกิดอุบัติเหตุด้วยตนเองโดยส่วนใหญ่พบว่ามีการได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยมีผลตลอดจนถึงการบาดเจ็บรุนแรง คือ มีอาการปวดบวมของร่างกาย และผลกระทบต่อศีรษะ เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นาโพธิ์, 2562) จากการเก็บข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาโพธิ์ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 พบว่า เป็นอุบัติเหตุจากการจราจร จำนวน 1,341 ครั้งเป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ จำนวน 1,195 ครั้ง (ร้อยละ 89.91) มีผู้บาดเจ็บ จำนวน 1,594 คน เสียชีวิต 30 คน อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 22.63 ต่อแสน ประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 33.06) อายุอยู่ระหว่าง 14 – 20 ปี เวลาเกิดอุบัติเหตุ อยู่ในช่วงเวลา 17.00น. - 20.00น. (ร้อยละ 69.70) ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุที่พบสูงที่สุด คือ รถประเภทต่างๆ มาเฉี่ยวชน รองลงมา คือ การเกิดอุบัติเหตุด้วยตนเองโดยส่วนใหญ่พบว่ามีการได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยมีผลตลอดจนถึงการบาดเจ็บรุนแรง คือ มีอาการปวดบวมของร่างกาย และผลกระทบต่อศีรษะ เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาอุบัติเหตุทางการจราจร เกิดการสร้างเสริมพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิภาพ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน ไรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย และได้ใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการกระตุ้นให้ผู้ซึ่รถจักรยานยนต์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์ ให้มีความปลอดภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่นมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนลดลง ทำให้ลดการสูญเสียทั้งทรัพย์สินและทรัพยากรมนุษย์อันเป็นสิ่งสำคัญและมีค่าต่อการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน ไรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการสร้างเสริมพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน ไรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการสร้างเสริมพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (Pre-Post test design with comparison group) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ซึ่รถจักรยานยนต์ที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด จำนวน 1,824 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ซึ่รถจักรยานยนต์ที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random -sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินอันตรายของการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยให้กับผู้ซึ่รถจักรยานยนต์ที่ใช้จัดกิจกรรมทั้ง 12 สัปดาห์ สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย เนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สไลด์ประกอบคำบรรยาย เอกสารประกอบด้วย คู่มือ แผ่นพับประกอบด้วย พฤติกรรมจราจรขับซึ่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมายจราจร

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดย สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ หาค่าอำนาจจำแนก รายชื่อ โดยหาค่า

สัมประสิทธิ์ อย่างง่าย (Item-total Correlation) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ t-test (Dependent Samples) และ t-test (Independent Samples)

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 18 - 56 ปี อายุเฉลี่ย 36.84 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่ขับรถจักรยานยนต์มาแล้ว 4 ปี เป็นเจ้าของรถจักรยานยนต์ และขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นประจำ อายุเฉลี่ยการใช้งานของรถจักรยานยนต์ 4.60 ปี มีใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ คนที่เคยประสบอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากการขับเร็ว สาเหตุที่ถูกตำรวจจับ คือการไม่สวมหมวกนิรภัย ส่วนใหญ่มีหมวกนิรภัยเป็นแบบเต็มใบ สวมหมวกนิรภัยเป็นบางครั้งขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ มีการตรวจสภาพและซ่อมบำรุงรถจักรยานยนต์เป็นประจำ

กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุระหว่าง 15-18 ปี อายุเฉลี่ย 39.52 ปี เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิง ขับรถจักรยานยนต์มาแล้ว 4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของรถจักรยานยนต์ อายุเฉลี่ยการใช้งาน ของรถจักรยานยนต์ 5.4 ปี มีใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ คนที่เคยประสบอุบัติเหตุ สาเหตุการเกิด อุบัติเหตุเกิดจากการขับเร็ว สาเหตุที่ถูกตำรวจจับ คือการไม่สวมหมวกนิรภัย มีหมวกนิรภัยเป็น แบบเต็มใบ สวมหมวกนิรภัยเป็นบางครั้งขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ มีการตรวจสภาพและซ่อมบำรุง รถจักรยานยนต์เป็นประจำ

การเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ จาการขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ใน ความรุนแรงของการเกิด อุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เข้าร่วม กิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่าง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .01

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของประชาชน พบว่า หลังการ

ทดลอง ผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ดี มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การประเมินอันตรายของอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งมีผลมาจากรูปแบบการจัดกิจกรรมที่จัดขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การฉายวีดิทัศน์ และสไลด์เกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์และผลกระทบของอุบัติเหตุ เช่น การบาดเจ็บ การสูญเสียญาติพี่น้องอันเป็นที่รัก ฯลฯ และการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมในการอภิปรายถึงปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสถานการณ์ของอุบัติเหตุ และความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ การให้กลุ่มทดลองสังเกตพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับอุบัติเหตุ การป้องกันอุบัติเหตุ และให้สังเกตพฤติกรรมของตนเองเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ การรับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Ronald W. Rogers (กฤษเนตร เกษสระ. 2559 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1975) เสนอแนะไว้ว่าการที่บุคคลจะประเมินอันตรายนั้นมาจากการรับรู้

ความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Higbec และ Sutton (กฤษเนตร เกษสระ. 2559 : 100 ; อ้างอิงมาจาก Higbec and Sutton. 1982) ที่พบว่า ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเล็กน้อย และกระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูล ข่าวสารที่ได้รับจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ดีกว่ากระตุ้นตามปกติ (กฤษเนตร เกษสระ. 2559 ; อ้างอิงมาจาก Rogers. 1975) นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ของนงรัตน์ เหล่าสุริยงค์ (2560) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ และสอดคล้องกับการศึกษาของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชิดารัตน์ ทองเที่ยงดี (2561) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีหลัก พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมิน การเผชิญปัญหาของอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-}$

value < 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งเป็นผลมาจากรูปแบบการจัดกิจกรรม โดยให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ การใช้ตัวแบบผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้มีประสบการณ์ที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ การใช้ตัวแบบ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้มีประสบการณ์ที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์หลายรูปแบบและเป็นผลกระทบทั้งต่อตนเอง โดยตรงและญาติพี่น้อง เกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์และผลกระทบของอุบัติเหตุ เช่น การบาดเจ็บ การสูญเสียญาติพี่น้อง อันเป็นที่รัก ฯลฯ และการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมในการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์ของอุบัติเหตุ และความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิด อุบัติเหตุ ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มทดลองสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เสี่ยงต่อการ เกิดอุบัติเหตุ หรือ การป้องกันอุบัติเหตุกระบวนการดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีระบบตามขั้นตอน คือ รู้ที่มาของปัญหา รู้สภาพของปัญหา ตั้งสมมติฐาน รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ข้อมูล สรุปผล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ สมพล จุลโบล (กฤษเนตร เกษสระ, 2559) ได้เสนอแนะว่า ผลของการ เรียนรู้จะเกิดขึ้นมี 4 ขั้นตอน คือ 1) จากประสบการณ์เดิมที่ผู้เรียนประสบมา 2) จากการพิจารณา หรือสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ 3) ผู้เรียนทำความเข้าใจกับสิ่งที่ได้เรียน 4) นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไป แก้ปัญหาจริง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ การรับรู้ ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย นำไปสู่การมีความคาดหวังใน ความสามารถของตนในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้เรียนรู้ถึงวิธีการตรวจเช็ก

สภาพรถ การสวมหมวกนิรภัยที่ถูกต้อง ตลอดจน ให้ขับขี่รถจักรยานยนต์ แต่ละคนร่วมสาธิตและปฏิบัติจริง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง อย่างไรก็ดี การเปิดโอกาสให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ได้อธิบายกลุ่มทำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหา จะทำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งจะก่อให้เกิดการรับรู้ เพิ่มขึ้นเนื่องจาก จุดมุ่งหมายที่ชัดเจน จึงส่งผลให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองจะมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดารัตน์ ทองเที่ยงดี (2561) ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน โรคเป็นทฤษฎีหลัก พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ พฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษเนตร เกษสระ (2559) ที่ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน โรคและการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ที่ปลอดภัย มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เป็นมาจากการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์ร่วมในการจัดกิจกรรม เมื่อพิจารณาพบว่า การให้ผู้ขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ ได้มีส่วนร่วมในการคิดร่วมแสดง ความคิดเห็น และตลอดจนหาแนวทางป้องกันอุบัติเหตุจากการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ด้วยตนเอง การสวมหมวกนิรภัย การตรวจสอบสภาพรถ และการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ที่ปลอดภัย รวมทั้งการให้ รางวัลเป็นแรงเสริม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือคนใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกี่ยวข้อง ด้วยวิธีดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ มีพฤติกรรมการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ให้ปลอดภัยมากขึ้นของกลุ่มทดลองเป็นไปตาม แนวคิดของ Bloom (กฤษเนตร เกษสระ, 2559 อ้างอิงมาจาก Bloom, 1974) ได้เสนอแนะไว้ว่าการเรียนรู้ของคนไว้ว่า การทำให้ผู้เรียนมีการฝึกปฏิบัติเพื่อทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะ ได้แก่ การเลียนแบบ การทำตามแบบ การกระทำ มีความถูกต้อง การกระทำอย่างต่อเนื่อง และกระทำจนเกิดทักษะ เมื่อพิจารณากระบวนการ เปลี่ยนแปลง พบว่า นักเรียนได้เปลี่ยนแปลงความรู้ การประเมินอันตราย การประเมินการเผชิญปัญหา ความตั้งใจที่จะป้องกันอุบัติเหตุจากการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้อง การศึกษาของ เรณู บุญล้อม (2560) ที่ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมของโรเจอร์ส ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถทางบกจากการ

ขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ของพนักงาน โรงงานในเครือ นิคมอุตสาหกรรม อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์มากกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรรัตน์ ทองเที่ยงดี (2561) ที่ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีหลัก พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ที่ปลอดภัยมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

การสร้างเสริมพฤติกรรมการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ประกอบการให้ความรู้การใช้ตัวแบบ ผู้ขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจากการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์และตัวแบบที่มีพฤติกรรมการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ที่ถูกต้อง การประชุมกลุ่ม การร่วมกันวิเคราะห์การวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมหรือให้รางวัล จะทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการบูรณาการให้คนใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ขับชี่รดจรรย์ยานยนต์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

จากการจราจรทำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีพฤติกรรม การขับขี่รถจักรยานยนต์เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ในการ ป้องกันอุบัติเหตุควรให้มีการร่วมมือจากทุกภาคส่วน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ควรมีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้ผู้ขับขี่ รถจักรยานยนต์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุข อำเภอนาโพธิ์ เทศบาลตำบลนาโพธิ์ โรงพยาบาล นาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้การสนับสนุนในการ ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และ ครอบครัว ที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมขับขี่รถ จักรยานยนต์ของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบล นาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม. (2562). สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก. กรุงเทพฯ.กรมการขนส่งทาง บก.
2. กาญจน์กรอง สุอังคะ. (2561). การศึกษาพฤติกรรมขับขี่ของวัยรุ่นที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจาก การใช้รถจักรยานยนต์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
3. กฤษเนตร เกษสระ. (2559). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ กับ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น . มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. ธิดารัตน์ ทองเที่ยงดี. (2561). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขับขี่รถ จักรยานยนต์ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. นงรัตน์ เหล่าสุริยงค์. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขับขี่รถ จักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมปลาย จังหวัดน่าน, วิทยานิพนธ์ วิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. เรณู บุญล้อม. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมของ โรเจอร์ส ต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางบกจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของพนักงานโรงงานใน เครื่องนิคมอุตสาหกรรม อำเภอหนองแคว จังหวัดสระบุรี. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโพธิ์. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2564; 2564. (เอกสารอัดสำเนา).