โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
Phaholpolpayuhasena Hospital

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
Phaholpolpayuhasena Hospital Journal

ISSN 3057-0026 (Online)

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2568

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
572 ถ.แสงชูโต ต.ปากแพรก อ. เมือง จ.กาญจนบุรี 71000
โทร : 034-587800 ต่อ 1122-1125
EMAIL : PHAHOLONLINE@GMAIL.COM

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal : PPHJ

เจ้าของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal

ที่ปรึกษา

นพ.นิสิต	ศรีสมบูรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
นพ.วิบูลย์	ภัณฑบดีกรณ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
พญ.อรกัญญา	ฉิมพาลี	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นพ.ชนาธิป	ไชยเหล็ก	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

พว.ชนากานต์	อนันตริยกุล	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

คณะบรรณาธิการ

ศ.นพ.สมบูรณ์	เทียนทอง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เกษียณอายุราชการ)
นพ.สุทัศน์	โชตนะพันธ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
ดร.นพ.ระพีพงศ์	สุพรรณไชยมาตย์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
นพ.รักษ์พงศ์	เวียงเจริญ	โรงพยาบาลมะการักษ์
ผศ.ดร.นงนุช	วงศ์สว่าง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ดร.ปริญญาภรณ์	ธนะบุญปรวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ภก.ชัยยุทธ	เจติยานุวัตร	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
ทพญ.อัญชนา	ตันติวงศ์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
พว.ณัฏฐ์ศิกา	ใคร่ครวญ	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
ภก.พินิจ	ธราภูมิพิพัฒน์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายวันชัย	ทับทิม	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นวารสารด้านการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ราย ๔ เดือน
กำหนดออกในเดือน เมษายน สิงหาคม และ ธันวาคม

สำนักงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
โทร. 034-587800 ต่อ 1122-25

Website https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/

E-mail address phaholonline@gmail.com

สารบัญ

บรรณาธิการ A

สารบัญ B-C

บรรณาธิการแถลง D

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกายของ อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 1-12
สุนทร หงษ์ทอง

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ 13-27
เบญจา อิศรางกูร ณ อยุธยา

ผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 28-43
รัชดาวรรณ ล่องลอย, สุภาภรณ์ ประยูรมหิศร

ประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี 44-56
นภาพล เอกสาร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 57-69
วิชิต ธีรไกรศรี

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา Methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร 70-83
เยาวนันท์ ปัญญาประทีป, อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์

การพัฒนาระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัดกาญจนบุรี 84-99
ประยงค์ศรี คำประพันธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี 100-111
กุลภัทร์ กลิ่นหอม

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal

Contents

Editor A

Contents B-C

Editor's Note D

The Relationship between Motivation for Health Promotion and Exercise of Public Health Volunteer Thamakham Subdistrict, Muang District, Kanchanaburi Province 1-12
Sunthorn Hongthong

Effects of Nursing Support and Outreach on Health Promotion Behaviors of the Elderly 13-27
Benja Itsaranggoon Na Ayutthaya

Effects of the Urinary Catheter Care Program on the Knowledge and Practice of Caregivers of Orthopedic Surgery Patients with Urinary Catheters at Phaholpolpayuhasena Hospital Kanchanaburi Province 28-43
Ratchadawan Longloy, Supaporn Prayoonmahisorn

The Effectiveness of Community-Based Treatment and Care for Drug Users in Thong Pha Phum District Prison, Kanchanaburi Province 44-56
Napapol Akasarn

Factors Affecting an Acute Exacerbation among COPD patients in Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 57-69
Wichid Thirakraisri

Effectiveness of a Methylphenidate Adherence Promotion Program for Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon 70-83
Yaowanan Panyaprateep, Aree Tawatwattananun

Development of the One ProvinceOne Labor RoomNetwork Model in Kanchanaburi Province 84-99
Prayongsri Khumpraphan

Effectiveness of Promoting Triage Knowledge and Skills Program on Registered Nurses in Emergency Department, Ratchaburi Hospital 100-111
Kulapat Klinhom

บรรณาธิการแถลง

“นโยบาย...มีประสิทธิผลหรือไม่” การตอบคำถามนี้สามารถทำได้หลายวิธี วิธีที่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขคุ้นเคยเป็นอย่างดีคือตัวชี้วัดผลงานหลัก (key performance indicator: KPI) เป็นกระบวนการการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย จัดเก็บข้อมูล และประเมินผลหลังจากดำเนินการเรียบร้อยแล้วเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายนั้น ซึ่งอาจเป็นเกณฑ์สัมบูรณ์ กำหนดค่าตายตัว เช่น อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน หรือเกณฑ์สัมพัทธ์ เปรียบเทียบกับค่าพื้นฐาน เช่น ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 60นอกจากนี้ ยังสามารถตอบคำถามนี้ผ่านการวิจัยได้เช่นกัน

*“โปรแกรม... มีประสิทธิผลหรือไม่”*เป็นคำถามที่มีขอบเขตเล็กลงมา ผู้วิจัยมักเลือกรูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ซึ่งมีหลายประเภทตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างและวิธีการวัดผล รูปแบบที่นิยมเลือกคือ 1) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง (one-group pretest-posttest design) และ 2) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนหลัง (two-group pretest-posttest design) ทั้งสองแบบมีการเปรียบเทียบผลภายในกลุ่มทดลองว่า “เกิดผลจริง” แม้ว่าแบบที่ 1 จะสะดวกและใช้ทรัพยากรน้อยกว่า แต่แบบที่ 2 มีความน่าเชื่อถือมากกว่า เพราะมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมว่าผลนั้น “เกิดขึ้นจากโปรแกรมของผู้วิจัยจริง”

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาปีที่ 13 ฉบับที่ 1 นี้มีงานวิจัยเกี่ยวกับผลหรือประสิทธิผลของโปรแกรมจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ, ผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี, ประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี, ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา Methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครและประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

ส่วนคำถามต่อมาคือการศึกษาผลก่อน-หลังดำเนินนโยบาย ซึ่งคล้ายกับการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้วยเกณฑ์สัมพัทธ์ว่า หลังดำเนินนโยบายเกิดผลจริง และน่าจะเป็นผลมาจากนโยบายนั้นด้วย ควรเลือกรูปแบบการศึกษาใดบ้าง จะขอกล่าวต่อไปในฉบับหน้า

กองบรรณาธิการ

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal (PPHJ)
วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกาย ของ อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

The Relationship between Motivation for Health Promotion and Exercise of Public Health Volunteer Thamakham Subdistrict, Muang District, Kanchanaburi Province

สุนทร หงษ์ทอง ส.ม.[1*]

Sunthorn Hongthong, M.P.H.[1*]

[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี จ.กาญจนบุรี 71000

[1]Muang Kanchanaburi District Public Health Office, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): h.sunthorn@hotmail.com

Received: 20 December 2024 Revised: 17 February 2025 Accepted: 19 February 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพการออกกำลังกายและความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ประชากรเป็น อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ที่ยังปฏิบัติงาน ณ เดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 188 คน และเก็บข้อมูลทั้งหมดเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย: อสม. ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.5) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ครบ (ร้อยละ 38.3) และไม่ออกกำลังกายเลย (ร้อยละ 30.3) แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.173, p-value=0.022) และเมื่อแยกรายองค์ประกอบพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความคาดหวังความสามารถมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.238, 0.162; p-value=0.001, 0.032 ตามลำดับ)

สรุปผล: ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกายของ อสม. พบว่ามีความสัมพันธ์กัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมให้ อสม. ออกกำลังกาย โดยเพิ่มความคาดหวังความสามารถ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, การออกกำลังกาย, แรงจูงใจ

Abstract

Objectives: To study health-promoting motivation, exercise behavior, and the relationship between health-promoting motivation and exercise behavior among Village Health Volunteers (VHVs) in Thamakham Subdistrict, Mueang District, Kanchanaburi Province.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted. The population consisted of 188 active VHVs in Thamakham Subdistrict, Mueang District, Kanchanaburi Province as of July 2023. Data were collected from all participants using questionnaires. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis.

Results: The majority of VHVs had a moderate level of overall health-promoting motivation (75.5%). Most did not meet the recommended exercise guidelines (38.3%) or did not exercise at all (30.3%). Health-promoting motivation was significantly positively correlated with exercise behavior (r=0.173, p-value=0.022). When analysed by component, outcome expectation and self-efficacy were significantly positively correlated with exercise behavior (r=0.238, 0.162; p-value=0.001, 0.032, respectively).

Conclusions: A relationship was found between health-promoting motivation and exercise behavior among VHVs. Subdistrict Health Promotion Hospitals should encourage VHVs to exercise by increasing their self-efficacy and outcome expectations regarding exercise.

Keywords: health promotion, exercise, motivation

บทนำ

การขับเคลื่อนนโยบายของประเทศเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชน โดยมุ่งเน้นให้มีพลานามัยดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บสุขภาพจิตดี และมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพคือเป้าหมายสำคัญในการรณรงค์และส่งเสริมมากขึ้น และถูกกำหนดให้เป็น “วาระแห่งชาติ” ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน จึงก่อให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ แต่ด้วยผลของการออกกำลังกายและเล่นกีฬาสามารถป้องกัน บำบัด บรรเทาและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ[(1)] ในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาถึงคุณประโยชน์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตพบว่าการออกกำลังกายและกีฬาเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งประการหนึ่งที่เอื้อให้ประชาชนสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อย่างมีประสิทธิภาพ[(2)]

ประเทศไทยรัฐบาลมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ความร่วมมือของทุกภาคส่วนโดยให้คนไทยมีโอกาสร่วมคิด

ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบโดยมีเป้าหมายการให้บริการคือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดโรคและภัยคุกคาม ตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาท[3] สำคัญยิ่งในฐานะการเป็นนักจัดการชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่การดูแลสุขภาพตนเองในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการเป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นผู้ประสานและเป็นตัวเชื่อมระหว่างภาครัฐกับประชาชนในการดำเนินงานจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านสุขภาพ จนสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ปัจจุบัน อสม. ได้รับการยกระดับให้เป็นหมอคนที่ 1 โดยได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรอสม.หมอประจำบ้าน ทำให้มีศักยภาพเข้มแข็งเป็นแกนนำและแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อให้ทั้ง อสม. และ อสค. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้แต่ละครอบครัวมีบุคคลที่มีทักษะและสามารถดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวและชุมชุนได้อย่างยั่งยืน[4]

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (protection motivation theory)[5] ซึ่งทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม รวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล องค์ประกอบของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (perceived probability) 3) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) 4) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (perceived self-efficacy)

อสม. เป็นองค์กรชุมชนกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) ด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแก่ตนเองและชุมชนจึงสมควรเป็นแบบอย่างการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น การสำรวจข้อมูลค่าดัชนีมวลกายของอสม.ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ในปี 2565 พบว่า อสม. ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกมากกว่าร้อยละ 60 ปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางจะต้องดำเนินการให้ อสม. สร้างเสริมสุขภาพ สามารถนำไปเป็นแบบอย่างให้กับประชาชน ทำให้ผู้ศึกษาสนใจการออกกำลังกายและแรงจูงใจของ อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อจะนำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยการออกกกำลังกายต่อไป เพื่อ อสม. จะได้มีสุขภาพที่ดี สามารถเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ได้

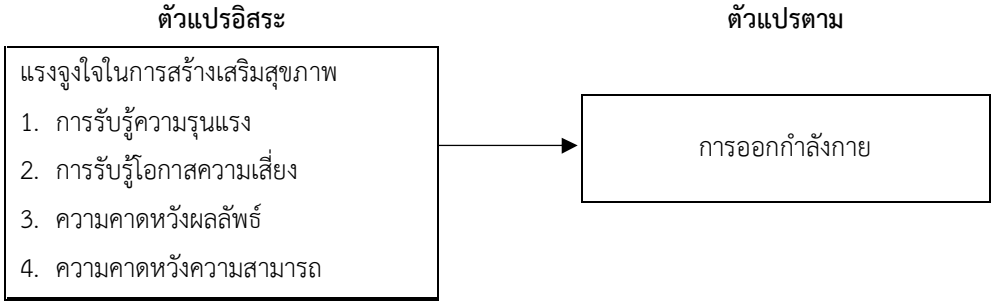
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย และความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกายของ อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกายของ อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี มีความสัมพันธ์เชิงบวก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ในสังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ปฏิบัติงาน ณ เดือนกรกฎาคม 2566 จำนวน 188 คน และเก็บข้อมูลทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค[(5)] และการออกกำลังกายของกรมอนามัย[(6)] ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อสม. เคยเป็นนักกีฬามาก่อนหรือไม่ อสม. มีนักกีฬาในอุดมคติ (idol) หรือไม่ น้ำหนัก ส่วนสูง มีลักษณะคำถามเป็นแบบเปิดและปิด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังความสามารถ และสามารถให้คำแนะนำการออกกำลังกายกับเพื่อนได้ ซึ่งมีลักษณะข้อความคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 32 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 การออกกำลังกาย โดยข้อคำถามมีทั้งให้เลือกตอบและเติมคำ โดยจะเลือกการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยรวมมาให้คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่ออกกำลังกายเลย 0 คะแนน ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที 1 คะแนน ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง ใช้เวลามากกว่า 30 นาที 2 คะแนน ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที 3 คะแนน ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ใช้เวลามากกว่า 30 นาที 4 คะแนน ออกกำลังกายทุกวัน 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามให้ตรงวัตถุประสงค์ นิยามศัพท์ แนวคิดทฤษฎี รวมทั้งตรวจสอบการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) พบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป แปลผลว่าข้อคำถามทุกข้อมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความตรงตามที่ต้องการวัด

จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับ อสม. จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงคำนวณค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.27 ถึง 0.37 แปลผลว่าข้อคำถามทุกข้อมีอำนาจจำแนกใช้ได้ จากนั้นนำข้อคำถามไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.83 การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.68 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.79 ความคาดหวังผลลัพธ์เท่ากับ 0.79 ความคาดหวังความสามารถเท่ากับ 0.63 และการออกกำลังกายเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) ประชุม อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตในการตอบแบบสอบถาม 2) อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้ อสม.เข้าใจวิธีการตอบแบบสอบถาม และนัดหมายวัน เวลา ในการเก็บแบบสอบถาม 3) ดำเนินการให้ อสม. ทำแบบสอบถาม และในส่วน อสม. ที่ตอบแบบสอบถามไม่ได้ จะใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย 4) รวบรวม ติดตามแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุดให้เรียบร้อย และนับจำนวนแบบสอบถามให้ครบกับจำนวนที่ได้แจกให้กับ อสม. จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ และการออกกำลังกาย วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และคะแนนเฉลี่ยร้อยละ (Mean%) การจัดกลุ่มสำหรับแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพแบ่งคะแนนเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของ Bloom[7] ส่วนการออกกำลังกายแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของกรมอนามัย[6] จากนั้นวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ

3. ความสัมพันธ์การออกกำลังกายกับแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังผลลัพธ์ ความคาดหวังความสามารถ และเคยเป็นนักกีฬามาก่อน วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรอง EC.NO. 16/2566 (วันที่รับรอง 22 สิงหาคม 2566) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา ระยะเวลาของ การศึกษา อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูลและให้กลุ่มตัวอย่างแสดงการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยอยู่ในหนังสือด้วยความสมัครใจ (information consent form)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.1) และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.5) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.3) รองลงมาระดับมัธยมต้น (ร้อยละ 29.8) และมัธยมปลาย (ร้อยละ 20.2) ส่วนมากไม่เคยเป็นนักกีฬามาก่อน (ร้อยละ 64.4) และส่วนมากไม่มีนักกีฬาในอุดมคติ (ร้อยละ 68.6) (idol) และส่วนมากมีดัชนีมวลกายท้วม (ร้อยละ 48.4) รองลงมาปกติ (ร้อยละ 33.0) และอ้วน (ร้อยละ 11.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=188)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	23.9
หญิง	143	76.1
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	2	1.1
31-40 ปี	24	12.8
41-50 ปี	31	16.5
51-60 ปี	95	50.5
60 ปีขึ้นไป	36	19.1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	72	38.3
มัธยมต้น	56	29.8
มัธยมปลาย	38	20.2
อนุปริญญา	17	9.0
ปริญญาตรี	5	2.7
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0
การเป็นนักกีฬา		
เคยเป็น	67	35.6
ไม่เคยเป็น	121	64.4
การมีนักกีฬาในอุดมคติ (Idol)		
มี	59	31.4
ไม่มี	129	68.6
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	14	7.4
ปกติ	62	33.0
ท้วม	91	48.4
อ้วน	21	11.2
Mean=24.2, SD=4.4, Min-Max=15.6-42.0		

แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ

อสม. ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.5) และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=188)

แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
1. การรับรู้ความรุนแรง	35 (18.6)	127 (67.6)	26 (13.8)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	11 (5.9)	132 (70.2)	45 (23.9)
3. ความคาดหวังในผลลัพธ์	25 (13.3)	125 (66.5)	38 (20.2)
4. ความคาดหวังความสามารถ	26 (13.8)	117 (62.3)	45 (23.9)
รวมทุกองค์ประกอบ	**15 (8.0)**	**142 (75.5)**	**31 (16.5)**

การรับรู้ความรุนแรง พบว่า อสม. รับรู้ความรุนแรงจากการไม่สร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ย 28.3 คะแนน (SD=3.7) คิดเป็นร้อยละ 70.7 โดย อสม. รับรู้ว่ากลัวเสียเงินซื้อเสื้อผ้าใหม่ถ้าอ้วนขึ้นร้อยละ 75.5 กลัวป่วย

จึงต้องออกกำลังกาย ร้อยละ 66.5 กลัวเสียค่ารักษาพยาบาลจึงออกกำลังกาย ร้อยละ 65.5 ออกกำลังกายเพราะกลัวอ้วนร้อยละ 62.7 กลัวมีผิวพรรณไม่สดใสจึงออกกำลังกาย ร้อยละ 60.6

การรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า อสม. รับรู้โอกาสเสี่ยงจากการไม่สร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ย 26.4 คะแนน (SD=3.6) คิดเป็นร้อยละ 66.0 รับรู้ว่าการออกกำลังกายทำให้สดชื่นร้อยละ 62.1 การไม่ออกกำลังกายเสี่ยงควบคุมน้ำหนักไม่ได้ร้อยละ 56.4 การไม่ออกกำลังกายเสี่ยงเป็นโรคกระดูกพรุน ร้อยละ 54.3 การไม่ออกกำลังกายเสี่ยงแก่ก่อนวัยร้อยละ 51.6 การไม่ออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยร้อยละ 47.9

ความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่า อสม. คาดหวังในผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ย 27.0 คะแนน (SD=4.3) คิดเป็นร้อยละ 67.5 โดย อสม. คาดหวังว่าการเดินการวิ่งทำให้มีความคล่องแคล่วร้อยละ 64.4 การออกกำลังกายจะช่วยลดหน้าท้องร้อยละ 62.3 การออกกำลังกายช่วยลดอาการปวดเมื่อย ร้อยละ 59.5 การออกกำลังกายไม่ส่ง ผลกระทบต่อการทำงานร้อยละ 57.5 การออกกำลังกายจะช่วยลดความเครียด ร้อยละ 54.8

ความคาดหวังความสามารถ พบว่า อสม. คาดหวังความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพเฉลี่ย 26.6 คะแนน (SD=4.2) คิดเป็นร้อยละ 66.5 โดย อสม. คาดหวังว่าสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 84.5 สามารถออกกำลังกายได้ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 81.9 สามารถให้คำแนะนำการออกกำลังกายได้ ร้อยละ 64.9 สามารถออกกำลังกายได้นานถ้ามีเพื่อน ร้อยละ 59.0 การเล่นกีฬาไม่เป็นทำให้ไม่อยากกำลังกาย ร้อยละ 58.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=188)

แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพ	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	Mean	SD	Mean%
1. การรับรู้ความรุนแรง	16	38	28.3	3.7	70.7
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	17	36	26.4	3.6	66.0
3. ความคาดหวังในผลลัพธ์	15	39	27.0	4.3	67.5
4. ความคาดหวังความสามารถ	10	37	26.6	4.2	66.5
รวมทุกองค์ประกอบ	71	141	108.2	12.9	67.6

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

อสม. ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ครบ (ออกน้อยกว่า 3 ครั้ง และใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที) จำนวน 72 คน (ร้อยละ 38.3) และไม่ออกกำลังกายเลย จำนวน 57 คน (ร้อย 30.3) ในขณะที่ออกกำลังกายครบ (ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และใช้เวลามากกว่า 30 นาที) จำนวน 59 คน (ร้อยละ 31.4)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกาย

แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการออกกำลังกาย (r=0.173, p-value=0.022) และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบพบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์และ

ความคาดหวังความสามารถมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการออกกำลังกาย (r=0.238, 0.162, p-value=0.001, 0.032 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกายของ อสม.

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม (การออกกำลังกาย)	
	ความสัมพันธ์ (r)	p-value
1. การรับรู้ความรุนแรง	0.037	0.629
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.110	0.148
3. ความคาดหวังในผลลัพธ์	0.238	0.001
4. ความคาดหวังความสามารถ	0.162	0.032
รวมทุกองค์ประกอบ	0.173	0.022

อภิปรายผล

การออกกำลังกาย ของ อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่ครบ คือ ในหนึ่งสัปดาห์จะออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง และใช้เวลาไม่ถึง 30 นาทีต่อครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย ทับทอง[8] ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก พบว่า มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนมากออกกำลังกาย 2 วันต่อสัปดาห์

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกาย ของ อสม. พบว่ามีความสัมพันธ์กัน อธิบายได้ว่า อสม. ออกกำลังกายเพราะมีแรงจูงใจอยากมีสุขภาพแข็งแรง ไม่อยากเจ็บป่วย เนื่องจากถ้าเจ็บป่วยต้องเดือดร้อน ต้องหยุดทำงาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เสียเวลาในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ คำรศ และคณะ[1] ที่พบว่าประชาชนในเขตภาษีเจริญที่มาออกกำลังกายรับรู้ว่าการออกกำลังกายช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และสอดคล้องกับงานวิจัยของนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์[9] ที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้แก่ การรับรู้สมรรถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อธิบายได้ว่า อสม. เป็นวัยทำงานเป็นวัยที่ร่างกายแข็งแรง ทำให้คิดว่าความรุนแรงจากการไม่ออกกำลังกายมีน้อย ที่ออกกำลังกายไม่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง แต่ที่ออกกำลังกายเพราะต้องการร่างกายแข็งแรง สอดคล้องกับทฤษฎีของ Rogers[5] กล่าวว่า ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ

เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดการรับรู้ความรุนแรงจะใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต สูญเสียเงินในการดูแลรักษา โดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงที่จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนเจตคติ และพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย แต่ อสม. ตำบลท่ามะขาม ยังไม่กลัว จึงไม่รับรู้ความรุนแรง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อธิบายได้ว่า เนื่องจาก อสม. อยู่ในวัยทำงานและ อสม. ยังขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยง เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการออกกำลังกายในวัยทำงานที่ยังไม่ได้เน้นย้ำเลยทำให้ อสม. ไม่รับรู้โอกาสเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Rogers[5] ที่กล่าวว่าความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยการทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง แต่วิธีนี้ยังไม่ใช่แนวทางที่ทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคได้สูง ดังนั้นบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี จึงมีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคขึ้น[6]

ความคาดหวังผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย แสดงว่าการรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ช่วยให้ร่างกายมีความคล่องแคล่ว รูปร่างสมส่วนลดอาการปวดเมื่อย และคลายเครียด ทำให้ อสม. อยากออกกำลังกาย อธิบายได้จากทฤษฎีของ Rogers[5] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดการเกิดโรค โดยการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในการเกิดโรค หรือลดการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ[10] ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติพบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังความสามารถ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย แสดงว่าการรับรู้ว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำให้อยากออกกำลังกายและเมื่อ อสม. สามารถเป็นแบบอย่างให้คนรอบข้างได้ ก็จะทำให้อยากออกกำลังกาย อธิบายได้จากทฤษฎีของ Rogers[5] ที่กล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้น ๆ ซึ่งการสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าวสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การทำงานรู้ หรือการสอนด้วยคำพูด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาเรศ ไชยสุวรรณ และมาริษา สว่างแสงทอง[11] ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

สรุปผล

อสม. ตำบลท่ามะขาม อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ครบและไม่ออกกำลังกายเลย แรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแยกรายองค์ประกอบพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความคาดหวังความสามารถมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมให้ อสม. ออกกำลังกาย โดยเพิ่มความคาดหวังความสามารถ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย

เอกสารอ้างอิง

1. วราภรณ์ คำรศ, ชนิดา มัททวางกูร, ชัยสิทธิ์ ทันศึก. พฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายของประชาชนในเขตภาษีเจริญ. วารสาร Chulalongkorn Medical Bulletin. 2562;1(4):359-68.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
3. นภัสพร ศรีโสภา. การให้ความรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีภาวะอ้วน. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2561;1(3):1-8.
4. กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. Rogers RW. Cognitive and Physiological Processes in Fear-Based Attitude Change: A Revised Theory of Protection Motivation. In: Cacioppo J, Petty R, editors. Social Psychophysiology: A Source Book: New York; 1983.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2542.
7. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DRA. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1956.

8. อุทัย ทับทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพกับการออกกำลังกายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
9. นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
10. อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, ปิยวรรณ สืบวิเศษ, อรพรร กันนัง, กนกพรรณ ศรีสร้อย, รอฮายา หมาดตา, มณีรัตน์ แซ่ซ่อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2561;21(42):55-61.
11. ธัญญาเรศ ไชยสุวรรณ, มาริษา สว่างแสงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของ อสม. หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก; 2558.

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

Effects of Nursing Support and Outreach on Health Promotion Behaviors of the Elderly

เบญจา อิศรางกูร ณ อยุธยา พย.บ.[1*]

Benja Itsaranggoon Na Ayutthaya, B.N.S.[1*]

[1]กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 71000

[1]Department of Social Medicine, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

[1]ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): benjanote7@gmail.com

Received: 18 January 2025 Revised: 2 March 2025 Accepted: 3 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง 2) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-79 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาลเมืองกาญจนบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19.83$\pm$0.59 และ 13.03$\pm$1.03; p-value <0.001) และหลังการทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19.83$\pm$0.59 และ 19.40$\pm$1.77; p–value <0.001) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.83$\pm$0.75 และ 8.87$\pm$1.85; p–value < 0.001) และหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.83$\pm$0.75 และ 10.27$\pm$1.84; p–value <0.001)

สรุปผล: การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี, ผู้สูงอายุ

Abstract

Objectives: 1) To compare the performance of activities of daily living (ADL) and health-promoting behaviors of the sample group pre- and post-intervention within the control and experimental groups. 2) To compare the performance of ADL and health-promoting behaviors of the sample group post-intervention between the control and experimental groups.

Methods: A quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design was conducted. The sample consisted of 60 elderly individuals aged 60-79 years residing in the area of the Kanchanaburi Municipal Urban Community Health Center, divided into a control group and an experimental group of 30 each. Participants were selected using purposive sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests.

Results: The experimental group showed a significantly higher mean score for ADL performance post-intervention compared to pre-intervention (19.83±0.59 and 13.03±1.03; p-value <0.001) and significantly higher than the control group post-intervention (19.83±0.59 and 19.40±1.77; p–value <0.001). Similarly, the mean score for health-promoting behaviors was significantly higher post-intervention compared to pre-intervention (13.83±0.75 and 8.87±1.85; p–value <0.001) and significantly higher than the control group post-intervention (13.83±0.75 and 10.27±1.84; p–value <0.001).

Conclusions: The supportive and educational nursing system for promoting health behaviors in the elderly helps improve their activity of daily living and encourages appropriate and effective self-care health behaviors.

Keywords: supportive-education nursing system, health promotion behaviors, elderly

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (aging society) ตั้งแต่ปี 2548 คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในปี 2556 ประชากรไทยมี จำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน คาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1)[1] จากข้อมูลปี 2564 มีประชาชนอายุ 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 12.5 ล้านคน (ร้อยละ 18.8) กล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ซึ่งเมื่อมนุษย์เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว การทำงานระบบต่าง ๆ ในร่างกาย จะมีประสิทธิภาพที่เสื่อมถอยลง เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและการทรงตัว ระบบผิวหนัง และระบบย่อยอาหาร รวมทั้งการทำงาน

ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะถดถอย 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคิด 2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้า 7) ด้านการกลั้นปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9) ด้านสุขภาพช่องปาก และจากข้อมูลยังพบว่าผู้สูงอายุ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ 1) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.3) 2) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.1) 3) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 49.5) 4) ปัญหาสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 5.0) 5) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 1.6) 6) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 7.1) ภาวะหกล้ม (ร้อยละ 4.9) และรวมไปถึงโรคซึมเศร้า การดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (activities of daily living: ADL) มีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.5, ติดบ้าน ร้อยละ 2.8 และติดเตียง ร้อยละ 0.8 ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย และรุนแรงเพิ่มขึ้น และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียงตามมา[2] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพทั้งผลกระทบทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม

องค์การอนามัยโลกได้เสนอกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ คือ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ” (healthy ageing) ซึ่งโมเดลนี้ครอบคลุมสุขภาวะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการมีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ (functional ability) ที่จะทำให้เกิดสภาวะความสมบูรณ์ (wellbeing) ของผู้สูงอายุ[4] ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้การดูแลด้วยการสนับสนุนให้ความรู้กับผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีและเหมาะสม

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ของโอเร็ม[5] เป็นกระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยการสนับสนุน การชี้แนะ การสอนและสาธิต และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี จะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 มิติคือ มิติสุขภาพด้านกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเป็น กิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร ด้านการเคลื่อนไหว เช่น การเดินการวิ่ง ด้านการปฏิบัติตามบทบาท เช่น กิจกรรมงานบ้านและกิจกรรมยามว่าง มิติด้านจิตใจซึ่งเป็นปรากฏการณ์ความผิดปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกต่อสภาพร่างกายทั่วไป ความรู้สึกในทางบวก ความสามารถในการควบคุมตัวเองและความมีพลังในตนเอง มิติด้านสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมสอดรับ[6]

ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ 5 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในปีที่ผ่านมาตั้งแต่ 2561 – 2565 พบสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 18.1, 19.0, 20.0, 20.9, 21.7 และ 22.5 ตามลำดับ[7] และจังหวัดกาญจนบุรีเป็นหนึ่งในสามจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดถึงร้องละ 17.7[8] จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่จะตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมีสุขภาพที่ดี ในปี 2566 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาลเมืองกาญจนบุรี ได้ดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งหมด 8 ชุมชน จำนวน

1,659 คน ได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น 1,342 คน ตามเครื่องมือการคัดกรองของกรมอนามัย พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.0 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.5 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.5 ด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน พบความเสี่ยงได้แก่ 1) ด้านความคิด ร้อยละ 5.3 2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ร้อยละ 11.8 3) ด้านการขาดสารอาหาร ร้อยละ 6.7 4) ด้านการมองเห็น ร้อยละ 17.0 5) ด้านการได้ยิน ร้อยละ 9.0 6) ด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.3 7) ด้านการกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 3.4 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 6.1 และ 9) ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 6.0 ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care: LTC) โดยได้จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองกาญจนบุรี มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย เป็นผู้จัดการระบบ (care manager: CM) และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) ที่ผ่านการอบรมของกรมอนามัย เป็นผู้ติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ตาม care plan ที่ผู้จัดการระบบการจัดการรายกรณี (case management) เป็นคนจัด ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเป้าประสงค์การดูแลระยะยาว คือการฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ (function ability) มากกว่าเพียงแค่การช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเดียว การบริการต้องมีความหลากหลาย และมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ โดยบูรณาการด้านสุขภาพและด้านสังคม แต่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมาก และยังมีศักยภาพที่ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ทำประโยชน์ให้สังคม ลดภาระของสังคมและครอบครัว ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่จะเน้นหนักไปในเรื่องให้ความรู้ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังต้องทำงานประจำ หรือมีภาระในการดูแลครอบครัว ขาดโอกาสในการได้เรียนรู้ไม่ได้พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วย ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองจะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรงเพิ่มขึ้น และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงติดบ้าน ติดเตียงได้[9]

ดังนั้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง อยู่อย่างมีความสุข มีชีวิตยืนยาว ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาลเมือง จังหวัดกาญจนบุรี จึงมีความสนใจศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ของโอเร็ม[5] เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มากำหนดรูปแบบ ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง และเป็นการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลเมืองกาญจนบุรี ระหว่างเดือนเมษายนถึงตุลาคม 2567 และได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) คะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองจำนวนเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

2. แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การได้รับการวัดสายตา การได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และความสามารถในการดูแลตนเอง

3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[10,11]

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามกรอบแนวคิดของ โอเร็ม[5]

2. คู่มือพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แผนการส่งเสริมสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพตามองค์ประกอบของการมีสุขภาพดี 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว สมองดี โภชนาการ มีความสุข สุขภาพช่องปาก และสิ่งแวดล้อม ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ตามกรอบคู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness plan)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเข้าใจด้านภาษา (face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านอนามัยชุมชน 1 คน และพยาบาลเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน 1 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และ 0.94 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ

ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่น ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.931

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงตุลาคม 2567 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลเมืองกาญจนบุรี โดยในการดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดการจัดกิจกรรมแก่หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้น ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการจัดกิจกรรม และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อความเข้าใจ และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยสมัครใจ และให้ลงนามในใบยินยอมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเท่าเทียมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน มีผู้เข้ารับบริการสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย รวม 60 คน ครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลากเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นจึงดำเนินการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน และได้คะแนนมากกว่า 12 คะแนน เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ หลังจากให้การพยาบาลตามปกติ และให้ทำแบบสอบถามอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 (posttest) ถือเป็นสิ้นสุดกิจกรรม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเป็นรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กำหนดการดำเนินทำกิจกรรมเป็น 5 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลเมืองกาญจนบุรี

กิจกรรมครั้งที่ 1

1. สร้างสัมพันธภาพ ประเมินและเตรียมความพร้อมในการสนับสนุนการให้ความรู้ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามคู่มือพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แผนการส่งเสริมสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพตามองค์ประกอบของการมีสุขภาพดี 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว สมองดี โภชนาการ มีความสุข สุขภาพช่องปาก และสิ่งแวดล้อม ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ตามกรอบคู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี ประกอบด้วยกิจกรรมการสอน การฝึกทักษะ การสาธิตย้อนกลับ การชี้แนะ นัดหมายเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย หลัง 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2-3 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ บ้านผู้สูงอายุ

กิจกรรมครั้งที่ 2 การติดตามประเมินผลการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านร่วมกับผู้สูงอายุและญาติ ตามแผนการส่งเสริมสุขภาพดี แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้คำปรึกษาในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และจัดทำตารางการดูแลสุขภาพ ทบทวนและกระตุ้นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาลเมืองกาญจนบุรี

กิจกรรมครั้งที่ 3 การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ซักถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ร่วมหาแนวทางแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ ระหว่างการทำกิจกรรม ตรวจสอบตารางการดูแลสุขภาพ และให้ข้อแนะนำรวมทั้งทบทวนแผนการส่งเสริมสุขภาพดี 6 ด้าน

สัปดาห์ที่ 5 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเทศบาลเมืองกาญจนบุรี และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ครั้งที่ 4 การติดตามประเมินผลการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้คำปรึกษาในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และจัดทำตารางการดูแลสุขภาพ ทบทวนและกระตุ้นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ บ้านผู้สูงอายุ

กิจกรรมครั้งที่ 5

1. ประเมินผลการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีกครั้ง
2. ให้ความรู้ตามคู่มือพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แผนการส่งเสริมสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพตามองค์ประกอบของการมีสุขภาพดี 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว สมองดี โภชนาการ มีความสุข สุขภาพช่องปาก และสิ่งแวดล้อม อีกครั้ง
3. ประสานทีมสหวิชาชีพในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพเพื่อให้ได้รับการแก้ไข
4. ยุติการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test)
2. ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลขที่ 2024-04 (วันที่รับรอง 17 เมษายน 2567)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) อายุอยู่ในช่วง 60–65 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) สถานภาพโสด จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) อาชีพรับจ้าง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) รองลงมาค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 8 (ร้อยละ 26.7) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) อาศัยอยู่ร่วมกันกับครอบครัว จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) อายุอยู่ในช่วง 60–65 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 66–70 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) สถานภาพโสด จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) อาชีพรับจ้าง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) รองลงมาค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวและไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) อาศัยอยู่ร่วมกันกับครอบครัว จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3)

เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	11	36.7	7	23.3	0.260
หญิง	19	63.3	23	76.7	
อายุ					
60-65 ปี	17	56.7	14	46.7	0.738
66-70 ปี	7	23.3	10	33.3	
71-75 ปี	4	13.3	5	16.7	
76 ปีขึ้นไป	2	6.7	1	3.3	
สถานภาพทางการสมรส					
โสด	23	76.7	23	76.7	0.506
คู่	0	0	0	0	
หม้าย	5	16.7	7	23.3	
หย่าร้าง	1	3.3	0	0	
แยกกันอยู่	1	3.3	0	0	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.7	0	0	0.123
ระดับประถมศึกษา	20	66.7	20	66.7	
ระดับมัธยมศึกษา	2	6.7	7	23.3	
ระดับอุดมศึกษา	6	20.0	3	10.0	
อาชีพ					
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	26.7	8	26.7	0.900
รับจ้าง	11	36.7	11	36.7	
เกษตรกรรม	1	3.3	0	0	
ข้าราชการบำนาญ	3	10.0	3	10.0	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23.3	8	26.7	
สิทธิค่ารักษาพยาบาล					
เบิกได้	4	13.3	9	30.0	0.177
บัตรทอง	26	86.7	21	70.0	
ประกันสังคม	0	0	0	0	
เสียค่าใช้จ่ายเอง	0	0	0	0	
รายได้					
น้อยกว่า 10,000	17	56.7	20	66.7	0.466
10,001-20,000	8	26.7	8	26.7	
มากกว่า 20,000	5	16.7	2	6.7	

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนคนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน					
อยู่คนเดียว	0	0	2	6.7	0.150
อยู่มากกว่า 1 คน	30	100	28	93.3	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ค่า BMI อยู่ในช่วง 25.0–29.9 (โรคอ้วน) จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) มีโรคประจำตัว จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3) เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการตรวจวัดสายตา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) เคยได้รับการตรวจฟันหรือทำฟัน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100) และถ้ามีอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ ไอ ปวดเมื่อยตามตัวสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่ เช่น สามารถรับประทานยาสามัญประจำบ้านได้ด้วยตนเอง และเมื่ออาการไม่ดีขึ้น สามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพชุมชนฯ ได้บางครั้ง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่ค่า BMI อยู่ในช่วง 25.0–29.9 (โรคอ้วน) จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) มีโรคประจำตัว จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) และไม่ดื่มสุรา จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการตรวจวัดสายตา จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) เคยได้รับการตรวจฟันหรือทำฟัน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) และถ้ามีอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ ไอ ปวดเมื่อยตามตัว สามารถดูแลตนเองได้หรือไม่ เช่น สามารถรับประทานยาสามัญประจำบ้านได้ด้วยตนเอง และเมื่ออาการไม่ดีขึ้น สามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพฯ ได้บางครั้ง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
BMI					
น้อยกว่า 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	1	3.3	2	6.7	0.964
18.5-22.9 (สมส่วน)	6	20.0	6	20.0	
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	5	16.7	6	20.0	
25.0-29.9 (โรคอ้วน)	13	43.3	11	36.7	
ตั้งแต่ 30.0 (โรคอ้วนอันตราย)	5	16.7	5	16.7	
เกณฑ์สุขภาพ					
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	11	36.7	15	50.0	0.297
อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ	19	63.3	15	50.0	

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	2	6.7	7	23.3	0.071
มีโรคประจำตัว	28	93.3	23	76.7	
โรคประจำตัวที่เป็น					
ไม่มีโรค	2	6.7	8	26.7	0.056
ความดันโลหิตสูง	20	66.7	16	53.3	
เบาหวาน	0	0	3	10.0	
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	8	26.7	3	10.0	
การสูบบุหรี่					
สูบ	3	10.0	1	3.3	0.113
ไม่สูบ	19	63.3	26	86.7	
เลิกนานแล้ว	8	26.7	3	10.0	
การดื่มสุรา					
ดื่ม	4	13.3	4	13.3	0.371
ไม่ดื่ม	19	63.3	23	76.7	
เลิกนานแล้ว	7	23.3	3	10.0	
ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจวัดสายตา					
เคย	17	56.7	14	46.7	0.438
ไม่เคย	13	43.3	16	53.3	
ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจฟันหรือทำฟัน					
เคย	17	56.7	20	66.7	0.426
ไม่เคย	13	43.3	10	33.3	
ในรอบปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ					
เคย	30	100	29	96.7	0.313
ไม่เคย	0	0	1	3.3	
เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย เช่นมีไข้ ไอ ปวดเมื่อยตามตัว ท่านสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่ เช่น สามารถรับประทานยาสามัญประจำบ้านได้ด้วยตนเอง และเมื่ออาการไม่ดีขึ้น สามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพฯ ได้					
ทำได้ทุกครั้ง	8	26.7	11	36.7	0.634
ทำได้บางครั้ง	20	66.7	18	60.0	
ทำไม่ได้เลย	2	6.7	1	3.3	

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 18.83 (SD=0.59) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 18.40 (SD = 1.77) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.108) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.77 (SD = 1.924) หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.27 (SD = 1.837) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.055)

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 13.03 (SD = 1.033) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 19.83 (SD = 0.592) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 (SD = 1.852) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.83 (SD = 0.747) เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังทดลอง

ผลลัพธ์	คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				t	p-value	คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	Mean	SD	Mean	SD			Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.83	0.59	18.40	1.77	-4.583	0.108	9.77	1.92	10.27	1.84	-3.042	0.055
กลุ่มทดลอง	13.03	1.03	19.83	0.59	-12.905	<0.001	8.87	1.85	13.83	0.75	-14.437	<0.001

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่าง ระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง

พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของกลุ่มตัวอย่างระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	18.40	1.77	19.83	0.59	11.542	<0.001
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี	10.27	1.84	13.83	0.75	12.225	<0.001

อภิปราย

จากการทดสอบสมมติฐานการทดลอง พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่สร้างขึ้น เป็นวิธีที่เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองดีได้เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองที่ได้รับการช่วยเหลือ ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง ซึ่งทำให้เกิดความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ เป็นการให้ความรู้ตามความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคนและให้สาธิตย้อนกลับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีตามองค์ประกอบของการมีสุขภาพดี 6 ด้านได้ดีขึ้น สอดคล้องกับโอเร็ม[5] กล่าวว่า การสอนเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการเรียนรู้ จะเพิ่มความสนใจในสิ่งที่เรียน และเรียนรู้ได้ดีขึ้น และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน จะช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ได้เพิ่มมากขึ้น

ส่วนการชี้แนะตามรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้ โดยผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำ คำชี้แนะกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยให้ทางเลือกและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะอยู่บ้าน เป็นการให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่น เต็มใจให้ความร่วมมือ และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดประสิทธิผลเป็นไปตามความคาดหวังของตนเอง สอดคล้องกับ โอเร็ม[5] ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบขั้นตอน เป็นการกระทำที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเริ่มต้นที่ตนเองหรือบุคคลอื่นก็ได้ แต่บุคคลนั้นต้องใช้สติปัญญา ความนึกคิดพิจารณาอย่างรอบครอบในการปรับกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวรรณลักษณ์ สุประดิษฐอาภรณ์[12] ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต โรงพยาบาลท่าตะโก พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซีสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับคนึงนิจ เพชรรัตน์[13] ศึกษาผลของ

โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและ การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็น สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเสนอผู้บริหารใช้เป็นแนวทางการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายยุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งช่วยในการวางรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสม
4. เป็นแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ในเรื่องของการให้คำแนะนำ การติดตามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลศึกษาวิจัยนี้ไปขยายผลศึกษาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ที่อาศัยในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้โอกาสและให้คำปรึกษาจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณ พญ.ศุภณา พิพัฒน์นรเศรษฐ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2564.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/
3. อัญชิษฐฐา ศิริคำเพ็ง, ภักดี โพธิ์สิงห์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2560;17(3):235-43.
4. World Health Assembly. The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. 2016 [cited 2025 Jan 6]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/252783
5. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
6. Lee RR, Ester CR. The nation's health. 5th ed. London: Boyd and Fraser; 1997.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. Health Data Center (HDC). 2568 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.kanpho.go.th/
8. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี. ศูนย์ข้อมูลทางสังคมจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มนโยบายและวิชาการ. ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://kanchanaburi.m-society.go.th/?page_id=2702
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201572.
10. กรมสุขภาพจิต. เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). 2545 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: from: http://www.dmh.go.th/test/whoqol
11. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์, กุลวนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง. 2560;13(3):1-20.
12. วรรณลักษณ์ สุประดิษฐอาภรณ์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต โรงพยาบาลท่าตะโก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2565;3(4):1-23.
13. คนึงนิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, จุฑามาศ กิติศรี. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2561;45(1):37-49.

ผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Effects of the Urinary Catheter Care Program on the Knowledge and Practice of Caregivers of Orthopedic Surgery Patients with Urinary Catheters at Phaholpolpayuhasena Hospital Kanchanaburi Province

รัชดาวรรณ ล่องลอย ป.พ.ส.[1*], สุภาภรณ์ ประยูรมหิศร พย.ม.[1]

Ratchadawan Longloy, D.N.S.[1*], Supaporn Prayoonmahisorn, M.N.S.[1]

[1]กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

[1]Department of Nursing, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): ratchadawan.toy@gmail.com

Received: 29 January 2025 Revised: 28 February 2025 Accepted: 6 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ และแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19.25±0.95 และ 9.96±2.22; $p<0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.68±0.96 และ 4.35±1.05; $p<0.001$)

สรุปผล: การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะมีความรู้และมีการปฏิบัติในการดูแลสายสวนปัสสาวะถูกต้องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลสายสวนปัสสาวะ, การคาสายสวนปัสสาวะ, การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, ผู้ดูแลผู้ป่วย

Abstract

Objectives: To compare the knowledge and practice of caregivers in preventing urinary tract infections (UTIs) before and after receiving the program.

Methods: A one-group pretest-posttest quasi-experimental study was conducted between February and August 2024. The sample consisted of 52 caregivers of orthopedic surgery patients with indwelling urinary catheters at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province, selected using purposive sampling. The research instruments included the urinary catheter care program, adapted from Rogers' Diffusion of Innovation Theory, a questionnaire assessing caregivers' knowledge of urinary catheter care, and an assessment form evaluating caregivers' practice of urinary catheter care. Data was analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: Caregivers' mean knowledge score regarding urinary catheter care was significantly higher after the program than before (19.25±0.95 and 9.96±2.22; $p<0.001$). Caregivers' mean practice score was also significantly higher after the program than before (8.68±0.96 and 4.35±1.05; $p<0.001$).

Conclusions: This study demonstrates that the urinary catheter care program, developed using Rogers' Diffusion of Innovation Theory, effectively increased the knowledge and practice of orthopedic surgery patient caregivers regarding proper urinary catheter care and UTI prevention.

Keywords: urinary catheter care, indwelling urinary catheter, urinary tract infection prevention, patient caregivers.

บทนำ

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อหนึ่งที่พบบ่อยในโรงพยาบาลทั่วโลก ซึ่งบางโรงพยาบาลพบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 20 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด[1] ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการคาสายสวนปัสสาวะร้อยละ 65-80[2] การคาสายสวนปัสสาวะคือการใส่คาสายสวนปัสสาวะผ่านเข้าทางท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะและต่อเข้ากับถุงรองรับน้ำปัสสาวะ ซึ่งเป็นหัตถการที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยศัลยกรรมต่าง ๆ รวมถึงผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อภาวะแทรกซ้อนจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่สำคัญคือการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (catheter-associated urinary tract Infections: CAUTI) ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะมากกว่า 2 วันปฏิทิน และ ณ วันแรกที่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (date of event) หรือ 1 วันก่อน date of event จะต้องยังมีการคาสายสวนปัสสาวะอยู่[3] ปัจจัยทางระบาดวิทยาที่มีผลต่อการเกิด

CAUTI ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ภูมิต้านทานการติดเชื้อบริเวณอื่นของร่างกาย เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค ได้แก่ ปริมาณของเชื้อก่อโรค ความรุนแรงของเชื้อก่อโรค และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาของการคาสายสวนปัสสาวะ การละเมิดต่อระบบปิดการจัดวางสายสวนและถุงรองรับน้ำปัสสาวะ และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น[4] ทั้งนี้การคาสายสวนปัสสาวะที่นานขึ้นจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิด CAUTI เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อวัน และอาจส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือนำไปสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยได้[5]

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 562 เตียง เปิดให้บริการจริง จำนวน 674 เตียง พบการเกิดการติดเชื้อ CAUTI เป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลอันดับ 2 โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีอัตราการติดเชื้อคิดเป็น 2-3.23 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่คาสายสวนปัสสาวะ และข้อมูลภายในหน่วยงานปีงบประมาณ 2567 ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย พบอัตราการติดเชื้อ CAUTI มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยข้อมูลปี 2565-2567 (ไตรมาสแรก) เท่ากับ 0.96 , 0.51 และ 1.63 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่คาสายสวนปัสสาวะ ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ร้อยละ 65 จำเป็นต้องได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน โดยมีสาเหตุจากกระดูกสะโพกหัก กระดูกหักหลายตำแหน่ง กระดูกสันหลังหัก กระดูกสันหลังตีบแคบ เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานและคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกัน CAUTI และติดตามการปฏิบัติของพยาบาลในหน่วยงานเป็นประจำ แต่ยังไม่สามารถลดการติดเชื้อ CAUTI ลงได้

เมื่อทบทวนสาเหตุ พบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ด้วยหน่วยงานมีอัตรากำลังพยาบาลจำกัด โดยอัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยคิดเป็น 1 : 10-15 ทำให้ต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบนเตียง เช่น ช่วยป้อนอาหาร ช่วยเช็ดตัว ช่วยพยุง ช่วยบีบนวด และช่วยดูแลสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะสอนและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายก่อนทุกครั้ง แต่จากข้อมูลภายในหน่วยงานที่ได้จากการสังเกตการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 65 ตอบข้อซักถามและปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยมักโรยแป้งฝุ่นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และดึงพลาสเตอร์ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะออก ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เช็ดจุก ปิด-เปิด ของท่อเทน้ำปัสสาวะด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 ก่อนและหลังเท ผู้ดูแลผู้ป่วยแขวนถุงปัสสาวะติดพื้น ผู้ดูแลผู้ป่วยยกถุงปัสสาวะสูงกว่ากระเพาะปัสสาวะเวลาพลิกตัวผู้ป่วย เป็นต้น การดูแลสายสวนปัสสาวะที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ของผู้ดูแลผู้ป่วยย่อมมีผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ CAUTI ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ CAUTI ของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่ามีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะต้องมีความรู้เกี่ยวกับความจำเป็น วิธีการดูแล และภาวะแทรกซ้อนของการใส่คาสายสวน

ปัสสาวะ 2) ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการทำกิจกรรมดูแลให้แก่ผู้ป่วย 3) จัดถุงปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะอย่างน้อย 11.5 นิ้ว 4) เทปัสสาวะทิ้งเมื่อมีน้ำปัสสาวะปริมาณ ¾ ของถุงหรือทุก 8 ชั่วโมง โดยเช็ดบริเวณท่อ ปิด-เปิด ด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 ก่อนและหลังเทปัสสาวะ 5) ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดอยู่เสมอ 6) ติดพลาสเตอร์ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันไม่ให้ดึงรั้งกระเพาะปัสสาวะ 7) ดูแลการระบายน้ำปัสสาวะให้ไหลสะดวก 8) ดูแลให้ถุงเก็บปัสสาวะไม่วางบนพื้น โดยใช้ตะขอแขวนถุงเก็บปัสสาวะ 9) เมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดูแลพับสายสวนปัสสาวะทุกครั้ง 10) กรณีข้อต่อสายสวนปัสสาวะหลุดให้เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 ก่อนแล้วจึงต่อสายสวนปัสสาวะ 11) หากสายสวนปัสสาวะมีการอุดตันหรือมีตะกอน ให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันที 12) ดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระด้วยน้ำและสบู่ และเมื่อจำเป็น 13) สังเกตสีลักษณะสิ่งผิดปกติของปัสสาวะ พร้อมกับแจ้งรายละเอียดกับพยาบาลและแพทย์ทุกครั้งที่พบ[1-3] ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอแนวปฏิบัติดังกล่าวต่อคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลสายสวนปัสสาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ

การส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติในการดูแลสายสวนปัสสาวะไปใช้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายวิธี เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติ การออกมาตรการสื่อสาร การอบรมให้ความรู้ การสอนเป็นรายบุคคล ซึ่งยังพบมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องครอบคลุม อาจเกิดจากวิธีการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้เรียนค่อนข้างน้อย ผู้เรียนมีโอกาสฝึกปฏิบัติน้อยครั้งหรือไม่ได้ฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนแต่ละคนเกิดการเรียนรู้ที่ต่างกันมีผลให้ปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างไม่ถูกต้อง[6] ดังนั้นจึงต้องมีการนำกระบวนการที่ใหม่และมีประสิทธิภาพมาใช้ในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้แนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (diffuse innovation) ของโรเจอร์[7] ที่เชื่อว่าการเผยแพร่แนวปฏิบัติที่เป็นถือว่าเป็นนวัตกรรมอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ลักษณะของแนวปฏิบัติต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นแนวปฏิบัติที่เข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามและเห็นผลจากการนำไปใช้ได้อย่างชัดเจนซึ่งการเผยแพร่แนวปฏิบัตินั้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การโน้มน้าวจิตใจ 3) การตัดสินใจ 4) การนำไปใช้และ 5) การยืนยันการนำไปใช้ โดยมีการสื่อสารที่เหมาะสมกับระยะของการนำไปใช้ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการยอมรับและนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของปัทมา วงษ์กียู้และคณะ[8] พบว่ามีการนำทฤษฎีดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมการส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI พบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุพัฒนา โกพล[9] พบว่ามีการนำทฤษฎีดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมให้พยาบาลมีการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่ามีความรู้และคะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และ

การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ด้วยยังไม่พบการศึกษาที่มีการใช้ทฤษฎีดังกล่าวกับผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ CAUTI และภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

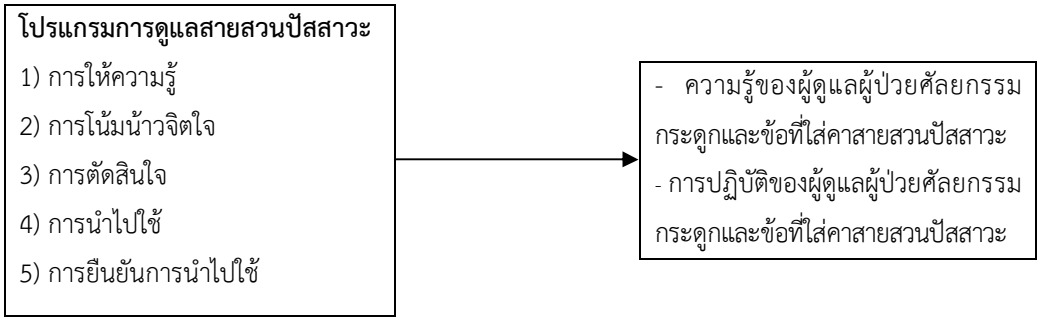
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มีคะแนนความรู้ภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มีคะแนนการปฏิบัติภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2567 จำนวน 183 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2567 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตาราง Burn & Grove[10] กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.80 อำนาจทดสอบ (power) = 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) = 0.05 ได้ จำนวน 44 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีการติดตามผลของโปรแกรมใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 7 วัน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มอย่างทั้งหมด 52 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายและผู้ป่วยได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะเป็นครั้งแรกและใส่คาสายสวนปัสสาวะนานกว่า 2 วันปฏิทิน 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) สื่อสารโดยการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษาวิจัย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเหตุจำเป็นด้านสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะออกก่อนที่โปรแกรมจะแล้วเสร็จ ผู้ป่วยได้รับการย้ายหอผู้ป่วย 2) ต้องการถอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์[7] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย คู่มือและแผ่นพับเรื่องแนวปฏิบัติในการดูแลสายสวนปัสสาวะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ และแผนการจัดกิจกรรม 5 ขั้นตอน โดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้ดำเนินการในวันแรกที่ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม ใช้วิธีการบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับ และมอบแผ่นพับให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 40-60 นาที

2) การโน้มน้าวจิตใจ ดำเนินการในวันที่ 2 ของโปรแกรมเป็นการพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมพร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนอุปกรณ์ที่ผู้ดูแลต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ใช้ระยะเวลา 30-60 นาทีต่อผู้ดูแล 1 คน โดยปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้งต่อผู้ดูแล 1 คน จนกว่าจะปฏิบัติถูกต้องทุกกิจกรรม

3) การตัดสินใจ ดำเนินการในวันที่ 3 ของโปรแกรม เป็นการพูดคุยถึงปัญหาที่อาจมีเพิ่มเติมและถามถึงการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาครั้งละ 20-30 นาที

4) การนำไปใช้ ดำเนินการในวันที่ 4, 5, 6 ของโปรแกรม ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการโดยเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วงเย็น เพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 20-30 นาที

5) การยืนยันการนำไปใช้ ดำเนินการในวันที่ 7 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลเพื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะเป็นข้อมูลหลังการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะใช้ระยะเวลา 40-60 นาที

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ

2) แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียวหากตอบถูกให้ 1 คะแนน หากตอบผิดให้ 0 คะแนน

3) แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะถูกต้องบางครั้ง และปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะถูกต้องทุกครั้ง ให้คะแนน 0-2 คะแนน ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้งหมดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา และพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะ แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะ และโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะ เท่ากับ 0.86, 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.79 ส่วนแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

การรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตการดำเนินการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

2. ผู้วิจัยชี้แจงบุคลากรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือจากบุคลากรในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือกับผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทำแบบสอบถามความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จัดเป็นข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะ

5. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะกับผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคน โดยใช้ระยะเวลา 7 วัน ดังนี้

วันที่ 1 เป็นระยะการให้ความรู้เรื่อง ความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ วิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ และสิ่งผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล ด้วยการบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับ และมอบแผ่นพับให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาดำเนินการ 40-60 นาที

วันที่ 2 เป็นระยะการโน้มน้าวจิตใจ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการแก้ไขการปฏิบัติให้มีความถูกต้องมากขึ้นตามสถานการณ์จริง ให้กำลังใจ ชื่นชมและเห็นค่าของการปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งให้การสนับสนุนอุปกรณ์ที่ผู้ดูแลต้องใช้ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ใช้ระยะเวลา 30-60 นาทีต่อผู้ดูแล 1 คน โดยปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้งต่อผู้ดูแล 1 คน จนกว่าจะปฏิบัติถูกต้องทุกกิจกรรม ซึ่งปัญหาที่พบคือ 1) ผู้ดูแลบางคนไม่มั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ 2) อุปกรณ์ที่ใช้ในการเทปัสสาวะไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ได้แก่ สำลีชุบแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 และภาชนะรองรับน้ำปัสสาวะจากถุงเก็บปัสสาวะ 3) ผู้ดูแลและผู้ป่วยบางรายมีความเขินอายในเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเรื่องแนวปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจด้วยวิธีบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับใหม่ และให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอต่อการใช้งานและแจ้งแหล่งสนับสนุนเพิ่มเติมไว้ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ

วันที่ 3 เป็นระยะการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึกรวมถึงปัญหาในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะที่มีเพิ่มเติมและถามถึงการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาครั้งละ 20-30 นาที

วันที่ 4-6 เป็นระยะการนำไปใช้ ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการโดยเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วงเย็น เพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 20-30 นาที

วันที่ 7 เป็นระยะยืนยันการนำไปใช้ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะเป็นข้อมูลหลังการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะใช้ระยะเวลา 40-60 นาที

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง นำแบบสอบถามต่าง ๆ มาวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรู้ และคะแนนการปฏิบัติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะโดยใช้การทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพล-พยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 2024-08 (วันที่รับรอง 15 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้วิจัยได้แนะนำตัวชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยความสมัครใจ หากต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาของการทำวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.30) อายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ 78.84) มีสถานะสมรส (ร้อยละ 67.31) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบ (ร้อยละ 48.07) รองลงมาเป็นประถมศึกษา (ร้อยละ 28.84) และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 55.76) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย (n=52)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			**ระดับการศึกษา**		
ชาย	4	7.69	ไม่ได้เรียน	5	9.61
หญิง	48	92.30	ประถมศึกษา	15	28.84
อายุ (ปี)			มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	25	48.07
ต่ำกว่า 20	2	3.84			
20-25	5	9.61	ปริญญาตรี	6	11.53
26-30	1	1.91	สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.92
31-35	3	5.76	**อาชีพ**		
มากกว่า 35	41	78.84	เกษตรกร	3	5.67
สถานภาพ			รับจ้าง	29	55.76
โสด	11	21.15	ค้าขาย	12	23.07
สมรส	35	67.31	อื่น ๆ	8	15.38
หย่า/หม้าย	6	11.53			

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 19.25 คะแนน (SD=0.95) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 9.96 คะแนน (SD=2.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อพิจารณาความรู้รายข้อพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทุกข้อ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=52)

ข้อคำถาม	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาปัสสาวะราด ควบคุมการปัสสาวะไม่ได้และมีบาดแผลที่ผิวหนังจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ	0.19	0.44	0.96	0.32	-9.692	<0.001
2. ผู้ป่วยที่สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้เอง สามารถใส่สายสวนคาไว้เพื่อไม่ต้องลุกไปเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ	0.17	0.28	0.94	0.68	-9.472	<0.001
3. การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะต้องดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่พอดีบริเวณกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยเสมอ	0.10	0.20	0.90	0.67	-9.011	<0.001
4. ถ้าจำเป็นต้องยกถุงปัสสาวะสูงกว่าระดับเอวต้องพับสายสวนปัสสาวะชั่วคราวก่อน โดยการใช้มือพับ หรือใช้ยางรัดสายสวนปัสสาวะ	0.13	0.24	0.98	0.71	-9.813	<0.001
5. ถ้าถุงปัสสาวะ รั่วซึม ให้เปลี่ยนเฉพาะถุง ไม่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะใหม่ทั้งชุด เนื่องจากสิ้นเปลือง	0.15	0.26	0.83	0.65	-8.221	<0.001
6. การยึดตรึงสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยเพศชายให้ติดกับหน้าขาหรือบริเวณท้องน้อยด้วยพลาสเตอร์	0.13	0.24	0.87	0.66	-8.613	<0.001
7. การป้องกันสายสวนปัสสาวะอุดตัน ให้ใช้มือคลึงบริเวณสายสวนปัสสาวะ	0.08	0.17	0.90	0.67	-9.010	<0.001
8. ควรเทปัสสาวะออกจากถุงวันละ 3 ครั้งหรือ ทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อมีปัสสาวะ ¾ ถุง	0.17	0.28	0.92	0.68	-9.230	<0.001
9. ทำความสะอาดรูเปิด-ปิดของท่อที่ถุงปัสสาวะด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 ก่อนและหลังการเทปัสสาวะออกทุกครั้ง	0.21	0.31	0.88	0.67	-8.862	<0.001
10. ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะควรดื่มน้ำวันละ 1.5 - 2 ลิตร	0.19	0.44	0.87	0.66	-8.665	<0.001
11. ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะควรนอนนิ่ง ๆ เพื่อป้องกันสายสวนปัสสาวะหลุด	0.10	0.20	0.88	0.67	-8.814	<0.001

ข้อคำถาม	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
12. ควรทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรูเปิดของท่อปัสสาวะทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้า–เย็น และหลังขับถ่ายด้วยสบู่และน้ำ	0.12	0.22	0.90	0.67	-9.000	<0.001
13. ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ สามารถอาบน้ำได้	0.23	0.33	0.87	0.66	-8.610	<0.001
14. ควรโรยแป้งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเพื่อลดความเปียกชื้น	0.19	0.44	0.94	0.28	-9.400	<0.001
15. หากข้อต่อปัสสาวะหลุดต้องเช็ดด้วยสำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์ก่อนจึงต่อสายสวนปัสสาวะกลับไป	0.29	0.37	0.98	0.71	-9.801	<0.001
16. หากสายสวนปัสสาวะเลื่อนออกจากท่อปัสสาวะให้รีบดันสายสวนปัสสาวะกลับเข้าที่ทันที	0.25	0.34	0.96	0.31	-9.698	<0.001
17. หากผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ มีปัสสาวะเป็นหนองขุ่นเป็นตะกอนแสดงว่ามีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	0.19	0.44	0.92	0.68	-9.216	<0.001
18. ควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเมื่อมีการอุดตันหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	0.27	0.36	0.98	0.71	-9.800	<0.001
19. ควรเทปัสสาวะทิ้งในห้องส้วมไม่ควรทิ้งตามพื้น เนื่องจากแพร่กระจายเชื้อ	0.23	0.32	0.90	0.67	-9.807	<0.001
20. ล้างมือ 7 ขั้นตอน ทั้งก่อนและหลังสัมผัสกับสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วย	0.31	0.38	0.98	0.71	-9.034	<0.001
คะแนนเฉลี่ยความรู้ในภาพรวม	**9.96**	**2.22**	**19.25**	**0.95**	**-25.99**	**<0.001**

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 8.68 คะแนน (SD=0.96) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 4.35 คะแนน (SD=1.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อพิจารณาการปฏิบัติรายข้อพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทุกข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=52)

การปฏิบัติ	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ล้างมือ 7 ขั้นตอนก่อนและหลังสัมผัสสายสวนทุกครั้ง	0.36	0.56	1.57	0.49	-14.43	<0.001
2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลาและให้ปัสสาวะไหลลงสู่ถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก	0.50	0.50	1.90	0.29	-18.97	<0.001
3. ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ	0.59	0.56	1.90	0.29	-15.41	<0.001
4. ถุงปัสสาวะไม่ลากพื้นหรือวางบนพื้น	0.38	0.49	1.92	0.26	-19.25	<0.001
5. สายสวนปัสสาวะไม่พับงอหรืออุดตัน	0.40	0.56	1.92	0.26	-17.08	<0.001
6. เทปัสสาวะออกเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ ¾ ของถุงหรือในระยะเวลาที่กำหนด	0.52	0.50	1.82	0.26	-14.40	<0.001
7. เทปัสสาวะ ใช้สำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์ เช็ดปลายท่อก่อนและหลังเทปัสสาวะ	0.19	0.44	1.69	0.46	-18.73	<0.001
8. ระหว่างเทปัสสาวะท่อเทปัสสาวะไม่สัมผัสกับภาชนะที่รองรับ	0.19	0.39	1.88	0.32	-24.10	<0.001
9. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่ เช้า- เย็น และหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง	0.63	0.56	1.69	0.46	-11.93	<0.001
10. ตรวจสอบการยึดตรึงที่หน้าขา/หน้าท้องเพื่อป้องกันการเลื่อนเข้าออก	0.28	0.57	1.75	0.43	-14.50	<0.001
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในภาพรวม	**4.35**	**1.05**	**8.69**	**0.96**	**-21.97**	**<0.001**

อภิปราย

ผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงว่ากิจกรรมในโปรแกรมที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัฒนา โกพล[9] ที่นำทฤษฎีดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมให้พยาบาลมีการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีผลให้ภายหลังการใช้โปรแกรมพยาบาลมีคะแนนมัธยฐานความรู้เพิ่มขึ้น

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ขั้นตอนการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลสายสวนปัสสาวะตามโปรแกรมมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและวิธีการดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยวิธีการบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับ และขั้นตอนโน้มน้าวจิตใจ ที่มีการสนับสนุนอุปกรณ์ที่ผู้ดูแลต้องใช้ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวน

ปัสสาวะ และมีเอกสารแผ่นพับไว้อ่านทบทวน ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้และความเข้าใจ การให้ความรู้ในขั้นตอนดังกล่าวนี้ เป็นการให้ความรู้โดยใช้หลายวิธีการ โดยเฉพาะการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ย่อมส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจเพราะได้ทดลองลงมือปฏิบัติตามสภาพจริงด้วย[11] การได้รับเอกสารแผ่นพับไว้ทบทวนความรู้ที่ผ่านการบรรยายมาแล้วและมีรูปภาพประกอบที่ชัดเจนในเอกสาร ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ฟื้นฟูความจำส่งผลให้เกิดการจดจำได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่า แผ่นพับเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลความรู้ เข้าถึงได้ง่าย และนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ที่ได้รับเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยามีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงมากขึ้น[12]

ผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้แสดงว่ากิจกรรมในโปรแกรมที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการปฏิบัติดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา วงษ์กียู้และคณะ[8] ที่นำทฤษฎีดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมการส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI มีผลให้พยาบาลมีการปฏิบัติถูกต้องภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และการศึกษาของสุพัฒนา โกพล[9] พบว่ามีการนำทฤษฎีดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมให้พยาบาลมีการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมพยาบาลมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ที่ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์นั้นสามารถส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนนั้นทั้งการให้ความรู้ การโน้มน้าวจิตใจ การตัดสินใจ การนำไปใช้ และการยืนยันการนำไปใช้ล้วนเป็นขั้นตอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติโดยขั้นตอนการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ที่สำคัญจำเป็นต่อการนำไปปฏิบัติด้วยหลายวิธีการดังที่กล่าวข้างต้น ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้จากการทบทวนเอกสารแผ่นพับ ส่งผลให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ถูกต้องอีกทั้งขั้นตอนโน้มน้าวจิตใจ ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลทำให้เห็นถึงการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยว่ามีกิจกรรมใดที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยก็จะให้คำแนะนำ สาธิต และสาธิตย้อนกลับใหม่ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้นและมีโอกาสซักถามข้อข้องใจในการปฏิบัติเพิ่มเติมได้ ทำให้เกิดการยอมรับและนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

นอกจากนี้ในขั้นตอนการตัดสินใจของผู้ดูแลผู้ป่วยในการยอมรับโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่พัฒนาขึ้นและขั้นตอนการนำไปใช้ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ และได้ให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีทั้งในเหตุการณ์ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้แก้ไขจนปฏิบัติได้ถูกต้อง ในขณะเดียวกันหากเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้อง ผู้วิจัยได้กล่าวชื่นชมส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ทั้งนี้การให้ข้อมูลย้อนกลับจะสามารถช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ การเข้าใจถึงปัญหา และนำไปสู่การปรับแก้ไขตลอดจนนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ในที่สุด สอดคล้อง

กับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านในระยะหลัง การให้ความรู้ มีการติดตามการปฏิบัติและแนะนำเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น[13]

สรุปผล

โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะมีความรู้และมีการปฏิบัติการดูแลสายสวนปัสสาวะถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยไปใช้กับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยใส่คาสายสวนปัสสาวะ และควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ควรจัดให้มีพยาบาลคอยให้คำแนะนำและกำกับติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความถูกต้องในการปฏิบัติ

2. ควรนำโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยนี้ไปอบรมบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ตลอดจนปฐมนิเทศให้กับบุคลากรทางพยาบาลที่เข้าทำงานใหม่เพื่อให้ทุกคนปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน และพร้อมที่จะสอนหรือให้คำแนะนำกับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในรูปแบบเดียวกัน

3. ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะติดตามผล เพื่อประเมินความคงอยู่ผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลพหล-พลพยุหเสนา ให้มีประสิทธิภาพตามแนวปฏิบัติไปใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยใช้รูปแบบการวิจัยสองกลุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated infection surveillance protocol for urinary tract infection (UTI) events for long-term care facilities [internet]. 2024 [cited 15 Jan 2024]. Available from: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/ltc/ltcf-uti-protocol-current.pdf
2. Payal KP, Sonali DA, Aaron DK, Evelyn L, Lisa LM, David AP, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update. Infection Control Hospital Epidemiol. 2023;44(8):1209-31.
3. สถาบันบำราศนราดูรกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2567.
4. Sawsan AO, Fawkia EZ, Ahmed I, Lalia AS, Gamil K, Fasial A, Sabri AS. Risk Factors for Catheter Associated Urinary Tract Infections (CAUTI) in Medical Wards and Intensive Care Units (ICU). Journal of Microbiology Research. 2020:10(1):1-5.
5. Victor DR, Ruijie Y, Eric CB, Brandon HL, Camilla R, Sheila NM, et al. Incidence and risk factors for catheter-associated urinary tract infection in 623 intensive care units throughout 37 Asian, African, Eastern European, Latin American, and Middle Eastern nations: A multinational prospective research of INICC. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2024;45(5):567-75.
6. Angriman F, Rosella LC, Lawler PR, Ko DT, Martin CM, Wunsch H, et al. Risk factors for major cardiovascular events in adult sepsis survivors: a population-based cohort study. Critical Care Medicine. 2023;51(4):471-83.
7. Roger EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: The free press; 2003.
8. ปัทมา วงษ์กียู้, วงเดือน สุวรรณคีรี, ณิชกานต์ ทรงไทย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2):26-35.
9. สุพัฒนา โกพล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม. 2567;2(1):1-14.
10. Burns N, & Groove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier. 2009.
11. Newmann FM, Secada WG, Wehlage GG. A guide to authentic instruction and assessment: Vision, standards and scoring. Madison: Wisconsin Center Education Research. 1995.

12. Bester N, Di Vito SM, McGarry T, Riffkin M, Kaehler S, Pilot R, et al. The effectiveness of an educational brochure as a risk minimization activity to communicate important rare adverse events to health-care professionals. Journal Advances in Therapy. 2016;33(2):167-77.
13. ทิพวดี สีสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2567;14(2):64-77.

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal (PPHJ)
วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

The Effectiveness of Community-Based Treatment and Care for Drug Users in Thong Pha Phum District Prison, Kanchanaburi Province

นภาพล เอกสาร สบ.[1*]

Napapol Akasarn, B.P.H.[1*]

[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทองผาภูมิ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี 71180

[1]Thong Pha Phum District Health Office, Thong Pha Phum District, Kanchanaburi Province 71180

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): napapol11@gmail.com

Received: 14 February 2025 Revised: 13 March 2025 Accepted: 14 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน และความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาเสพติดที่ต้องโทษและจะพ้นโทษภายใน 1 ปี จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน และแบบสอบถาม เก็บข้อมูลในวันที่ 19 ธันวาคม 2567 และ 31 มกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) มีความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในระดับมาก ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และน้อย ร้อยละ 40.0 และ 4.4 ตามลำดับ

สรุปผล: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำวิธีการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดตามรูปแบบที่ดำเนินการไปใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดทุกคนก่อนที่จะพ้นโทษในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ และอาจพิจารณานำไปใช้ในเรือนจำอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟู, ยาเสพติด, เรือนจำ

Abstract

Objectives: To study the effectiveness of community-based treatment and care for drug users and satisfaction of community base treatment and care for drug users in Thong Pha Phum District Prison, Kanchanaburi Province.

Methods: Quasi-experimental research with a one-group pre and post-test design was conducted. The sample group consisted of 45 drug users who were serving sentences and were due for release within one year. The research instruments were the model of community-based treatment and care for drug users and questionnaire. Data were collected on December 19, 2024, and January 31, 2025, analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

Results: The community-based treatment and care for drug users significantly increased the sample group's knowledge about drugs, attitudes towards drug use, self-esteem, and intention to quit drugs ($p<0.05$). Most participants (55.6%) reported a high level of satisfaction with community-based treatment and care for drug users, followed by moderate (40.0%) and low (4.4%) levels of satisfaction.

Conclusion: Relevant agencies should implement the community-based treatment and care used in this study for all drug users before their release from Thong Pha Phum District Prison and may consider extending its application to other prisons.

Keywords: treatment and care, drugs, prison

บทนำ

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาระดับโลกที่รุนแรงมาก ข้อมูลจากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ [(1)] ระบุว่าในปี 2563 มีผู้เสพยาเสพติดทั่วโลกถึง 284 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 18 คนของประชากรวัย 15-64 ปี และจำนวนผู้เสพยาเสพติดยังเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ที่น่ากังวลคือผู้เสพยาเสพติดมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มที่จะเสพยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่ และเสพในปริมาณที่มากกว่าด้วย คาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีผู้เสพยาเสพติดทั่วโลกถึง 299 ล้านคน แต่มีเพียง 1 ใน 6 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดรักษา[(2)] ทั้งนี้ การติดสารเสพติดมีผลอย่างร้ายแรง โดยทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และปัญหาทางด้านกฎหมาย โดยเฉพาะการติดสารเสพติดในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาของสังคมที่มีความสำคัญในลำดับต้น ๆ เด็กมีแนวโน้มว่าจะเสพตั้งแต่อายุน้อยลงเรื่อย ๆ รวมทั้งมีการกระทำผิดกฎหมายเพิ่มขึ้น[(3)]

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย จากรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ สำรวจโดยกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2566[(4)] พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น 206,361 คน (ร้อยละ 78.6) ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ ซึ่งจะเห็นได้ว่าคดียาเสพติดนับว่าเป็นคดีที่พบผู้ต้องหา

มากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีอื่น ๆ ในประเทศไทย ทั้งนี้ พบผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดแบบแยกตามประเภทของตัวยา 3 อันดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) จำนวน 129,686 คน ยาไอซ์ จำนวน 17,762 คน และกัญชาจำนวน 1,051 คน และเมื่อพิจารณาแยกตามประเภทคดี 3 อันดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ รวมประเภทยาเสพติดเพื่อจำหน่ายจำนวน 149,214 คน ครอบครองเพื่อจำหน่าย จำนวน 119,464 คน และรวมประเภทเสพจำนวน 22,364 คน[5] เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นอนาคตของชาติ เป็นกลุ่มที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเสพ/ใช้ยาเสพติดมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 60 ของผู้เสพ) และมีการกระจายยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของสังคม[6]

การติดยาเสพติดเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคคล สังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม[7,8] ปัญหายาเสพติดถือเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อภารกิจหลักของกรมราชทัณฑ์ เมื่อเร่งรัดการปราบปรามการค้ายาเสพติดผ่านเครือข่ายในเรือนจำ และตรวจปัสสาวะผู้ต้องขัง พบว่า ประมาณร้อยละ 30 มีอนุพันธุ์สารเสพติดในปัสสาวะ แสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดในเรือนจำจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดให้สูงขึ้น เพื่อลดความต้องการยาเสพติดในเรือนจำลงให้ได้[9] ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (community base treatment and care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดแบบบูรณาการให้เกิดการบำบัดฟื้นฟู มีกระบวนการตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ[10] ซึ่งทางเรือนจำต้องนำมาพิจารณาดำเนินการให้เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำ อาทิ จัดให้มีการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ผู้ต้องขังในเรือนจำ สร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการของหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด ตลอดจนใช้ชุมชนของผู้ติดยาเสพติดในการสร้างแรงจูงใจ และช่วยดูแลและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

เรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี มีผู้ต้องขังคดี พ.ร.บ. ยาเสพติดที่ติดยาเสพติด จำนวน 481 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567)[4] ซึ่งผู้ต้องขังดังกล่าวจะต้องเข้ารับการบำบัดยาเสพติดในเรือนจำตามนโยบายของกรมราชทัณฑ์ ดังนั้นเรือนจำอำเภอทองผาภูมิจึงได้ดำเนินการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัด โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ได้แก่ โรงพยาบาลทองผาภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทองผาภูมิ ดำเนินการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ศูนย์การเรียนรู้อำเภอทองผาภูมิ และวิทยาลัยการอาชีพอำเภอทองผาภูมิ ดำเนินการฝึกอาชีพให้ผู้ติดยาเสพติด โดยกรมราชทัณฑ์จะเป็นผู้กำหนดแผนงาน/โครงการ ตารางการอบรม ช่วงเวลาดำเนินการ และรายละเอียดคุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู มาให้เรือนจำดำเนินการคัดเลือกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู/เข้าอบรมตามหลักเกณฑ์ และประสานวิทยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมดำเนินการบำบัด ด้วยการบูรณาการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดร่วมกัน เป็นบริการแบบองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการและสถานบริการ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันน้อยกว่าวิธีอื่น การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากพหุภาคี สิ่งที่จะช่วยให้ปัญหานี้ลดความรุนแรงลงคือ การช่วยให้ผู้เสพติดสามารถ ลด ละ เลิกยาเสพติดได้ และไม่กลับไปเสพยาซ้ำหรือต้องโทษซ้ำอีกเพื่อคืนคนดีสู่สังคม เมื่อพ้นโทษและกลับมาอยู่ในชุมชน

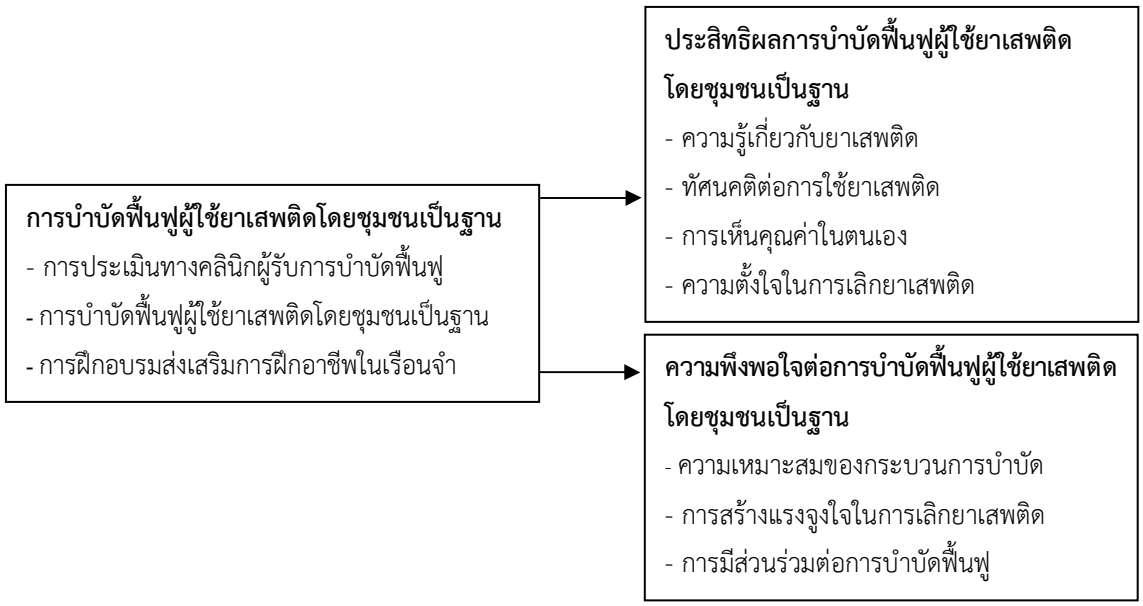
ได้อย่างปกติ[11] ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทองผาภูมิ ได้ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่เรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีมาตั้งแต่ปี 2563 แต่ยังไม่เคยมีการประเมินผลในการดำเนินการ ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน เพื่อประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดว่าเกิดประสิทธิผลที่ดีเพียงใด และปรับปรุงการดำเนินการให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง (one-group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เสพยาเสพติดที่ต้องโทษในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ที่จะพ้นโทษภายใน 1 ปี และกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้เสพยาเสพติดที่ต้องโทษในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1. เป็นผู้เสพยาเสพติดที่ต้องโทษและจะพ้นโทษการถูกคุมขังภายใน 1 ปี มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2. สามารถเข้าร่วมกระบวนการและให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ 3. ยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามกำหนดเวลาและจำนวนครั้งที่กำหนด 2. มีอาการที่มีผลต่อการเข้าร่วมการบำบัดหรือการวิจัย

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.90 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 และขนาดอิทธิพล 0.45[12] คำนวณด้วยโปรแกรม GPower version 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 9 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างผู้เสพยาเสพติดที่ต้องโทษตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การประเมินทางคลินิกผู้รับการบำบัดฟื้นฟู โดยต้องเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต/จิตเวช ที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด ไม่เป็นโรคทางกายที่รุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการบำบัด และไม่เป็นโรคติดต่อในระยะแพร่เชื้อ ทำการประเมินโดยเจ้าหน้าที่เรือนจำ

2. การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ณ เรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยจะใช้วิทยาจากภายในและนอกเรือนจำ ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลทองผาภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทองผาภูมิ ดำเนินการดังนี้

- การอบรมเรื่องยาเสพติด สาเหตุ โทษ/อันตราย ประโยชน์ในการเลิกยาเสพติด โดยใช้การบรรยาย ซักถาม วันละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 วัน

- การสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) โดยวิทยากรเป็นผู้ให้แนวทาง และให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเชิงบวกต่อสิ่งดี ๆ ต่อการเลิกยาเสพติด และโทษที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด วันละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 วัน โดยการแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 5 กลุ่ม

- การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อการพูดคุย และการเข้าถึงปัญหาของผู้ติดยาเสพติดในแต่ละราย วันละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 วัน โดยการแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 5 กลุ่ม

2.2 ศูนย์การเรียนรู้อำเภอทองผาภูมิ และวิทยาลัยการอาชีพทองผาภูมิ ดำเนินการฝึกอบรมส่งเสริมการฝึกอาชีพในเรือนจำตามความถนัดและความต้องการของผู้ต้องขัง อาทิ การทำการเกษตรโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง ฝึกทำขนมไทย ขนมเค้ก ถักโครเชต์ ทำเฟอร์นิเจอร์จากไม้ และฝึกชงกาแฟสด เป็นต้น

โดยใช้การสาธิตและฝึกปฏิบัติ วันละ 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 วัน โดยการแบ่งกลุ่มตามความสนใจ หลังจากนั้นอีก 6 สัปดาห์ ก็จัดให้มีการฝึกปฏิบัติโดยมีวิทยากรพี่เลี้ยงเป็นผู้ดูแล และให้คำแนะนำ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สมาชิกในครอบครัวที่มีการใช้สารเสพติด ประวัติการใช้ยาเสพติดก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา และประวัติการบำบัดรักษายาเสพติดที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 10 ข้อ

2. ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) จำนวน 15 ข้อ ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

3. ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา มีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert scale) 3 ด้าน คือ ด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด จำนวน 9 ข้อ ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว จำนวน 3 ข้อ ด้านความต้องการใช้ยาเสพติด จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 17 ข้อ มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ และกลับคะแนนสำหรับคำถามเชิงลบ

4. การเห็นคุณค่าในตนเอง มีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert scale) จำนวน 14 ข้อ มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ และกลับคะแนนสำหรับคำถามเชิงลบ

5. ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด มีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert scale) จำนวน 8 ข้อ มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ

6. ความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในเรือนจำ มีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert scale) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจ ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ แปลผลคะแนนอิงเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ระดับมาก (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการวิจัยพิจารณา วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objectives congruence: IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66-1.00 แล้วนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ทดลองใช้กับผู้ติดยาเสพติดในเรือนจำ แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach’s alpha coefficient) ของแบบวัดทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดความตั้งใจใน

การเลิกยาเสพติด และแบบวัดความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในเรือนจำ เท่ากับ 0.79, 0.73, 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด วิเคราะห์ด้วยสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson-20: KR-20) เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบก่อนและหลัง การได้รับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการในวันที่ 19 ธันวาคม 2567 และหลังการดำเนินการในวันที่ 31 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 22 และใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด และความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในเรือนจำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ก่อนกับหลังการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ตามเอกสารที่ EC.NO.58/2567 (วันที่รับรอง 16 ธันวาคม 2567) และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับการยินยอม (informed consent) จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 เป็นเพศชาย มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 35.5 รองลงมามีอายุ 40-49 ปี น้อยกว่า 30 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.7, 26.7 และ 11.1 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 36.3 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ โสด และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 40.0, 35.6 และ 24.4 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.0 และ 35.6 ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขายร้อยละ 48.9 และ 22.2 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท และ 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 42.2 และ 40.0 โดยเฉลี่ยมีรายได้ 13,311.1 บาท อาศัยอยู่กับมารดา พี่น้อง บุตร และบิดา เป็นส่วนมาก คือ ร้อยละ 53.3, 42.2, 42.2 และ 37.8 ตามลำดับ สมาชิกของครอบครัวที่ใช้ยาเสพติด พบว่า เป็นเพื่อนถึงร้อยละ 24.4 ทั้งนี้ ก่อนรับการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า และยาเสพติด 93.3 และ 66.7 เคยเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ร้อยละ 40.0 จำนวน 1 ครั้ง 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง ร้อยละ 22.2, 13.4 และ 4.4 ตามลำดับ

ประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า ก่อนการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด 8.42, 44.53, 37.57 และ 25.91 คะแนน หลังการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ย 12.62, 48.06, 39.82 และ 27.37 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า หลังการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด เพิ่มขึ้นจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ก่อนกับหลังการบำบัด ของผู้เข้ารับการบำบัดในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี (n=45)

ตัวแปร	n	Mean	SD	t-value	df	p-value
ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด (คะแนน)						
ก่อนการบำบัด	45	8.42	2.13	-14.039	44	<0.001
หลังการบำบัด	45	12.62	1.40			
ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด (คะแนน)						
ก่อนการบำบัด	45	44.53	7.46	-4.359	44	<0.001
หลังการบำบัด	45	48.06	9.06			
การเห็นคุณค่าในตนเอง (คะแนน)						
ก่อนการบำบัด	45	37.57	5.25	-3.381	44	0.002
หลังการบำบัด	45	39.82	4.82			
ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด (คะแนน)						
ก่อนการบำบัด	45	25.91	5.42	-2.096	44	0.042
หลังการบำบัด	45	27.37	4.09			

ความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด มีความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในระดับมาก ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และน้อย ร้อยละ 40.0 และ 4.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ของผู้เข้ารับการบำบัดในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยรวม (n=45)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0 – 28 คะแนน)	2	4.4
ปานกลาง (29 – 37 คะแนน)	18	40.0
มาก (38 – 48 คะแนน)	25	55.6
Mean±SD=38.7±5.7, Min=24, Max=48		

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน จำแนกรายประเด็น พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก ถึงมากที่สุด มากกว่า ร้อยละ 90.0 ยกเว้นเรื่องการจำแนก/คัดกรองของคณะกรรมการจำแนกผู้ต้องขังเข้าใหม่ การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการให้บริการดูแลการติดยาเสพติดในเรือนจำ มีความพึงพอใจมาก ถึงมากที่สุด ร้อยละ 88.9, 86.6, 86.6 และ 84.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ของผู้เข้ารับการบำบัดในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกรายประเด็น (n=45)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
วิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	17 (37.8)	26 (57.8)	2 (4.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกยาเสพติด	15 (33.4)	28 (62.2)	2 (4.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
ความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้รับ	11 (24.4)	30 (66.7)	4 (8.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
การสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด	14 (31.1)	28 (62.2)	3 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
ความสามารถของผู้จัดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในเรือนจำ	19 (42.2)	23 (51.1)	3 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
การพูดคุยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกยาเสพติด	13 (28.9)	28 (62.2)	4 (8.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในเรือนจำ	18 (40.0)	23 (51.1)	3 (6.7)	1 (2.2)	0 (0.0)
ประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด	17 (37.8)	26 (57.8)	1 (2.2)	1 (2.2)	0 (0.0)
การจำแนก/คัดกรองของคณะกรรมการจำแนกผู้ต้องขังเข้าใหม่	12 (26.7)	28 (62.2)	4 (8.9)	1 (2.2)	0 (0.0)
การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	11 (24.4)	28 (62.2)	6 (13.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	14 (31.1)	25 (55.5)	6 (13.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
การให้บริการดูแลการติดยาเสพติดในเรือนจำ	16 (35.6)	22 (48.8)	7 (15.6)	0 (0.0)	0 (0.0)

อภิปราย

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การประเมินทางคลินิกผู้รับการบำบัดฟื้นฟู 2) การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน 3) การฝึกอบรมส่งเสริมการฝึกอาชีพในเรือนจำตามความถนัดและความต้องการของผู้ต้องขัง ซึ่งได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดมาดำเนินการโดยหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ เพื่อให้ผู้ต้องขังได้เข้าใจถึงเรื่องยาเสพติด การเลิกยาเสพติด ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พร้อมสร้างแรงสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความตระหนักต่อปัญหา ความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาการติดยาเสพติด และให้ความร่วมมือและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของณฐพร ผลงาม[13] และสุณี อาวรณ์และวิทยา โครตท่าน[14] ที่พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ติดยาเสพติด ควรใช้การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้ออกแบบวิธีการดำเนินการ ร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีความชำนาญในเรื่องนั้น ๆ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และมีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเลิกยาเสพติดและเกิดความพยายาม

ประสิทธิผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ผู้เข้ารับการบำบัดในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดที่ดีขึ้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จคือ การดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ตามสายงานอาชีพ มีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม ปรับทัศนคติ สร้างแรงจูงในการเลิกยาเสพติด ส่งเสริมการเห็นคุณค่าของตัวเอง และดำเนินการเลิกยาเสพติดด้วยความตั้งใจ อีกทั้ง ณ ปัจจุบันที่อยู่ในเรือนจำก็ทำให้เลิกยาเสพติดได้ เนื่องจากในเรือนจำมีการควบคุมไม่ให้มียาเสพติด จึงทำให้เลิกยาได้ เป็นการปรับพฤติกรรมการต้องการยาเสพติด อีกทั้งมีการฝึกอาชีพที่สนใจให้เพื่อรองรับหลังจากออกจากเรือนจำ จะได้มีงานทำ ไม่กลับไปมั่วสุมกับยาเสพติด มีความเครียดลดลง[15] ให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถ ลด ละ เลิก ยาเสพติดได้ เพื่อกลับมาเป็นคนสำคัญของครอบครัว เป็นคนดีของสังคม[6] ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งของปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และความร่วมมือจากพหุภาคี[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุณี อาวรณ์และ วิทยา โครตท่าน[14] พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการบำบัด ส่วนหนึ่งคือกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสม รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จากผลการวิจัยนี้ ช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด

ความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ผู้เข้ารับการบำบัดครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจมาก ส่วนที่เหลือมีความพึงพอใจปานกลางถึงน้อย อธิบายได้ว่าการดำเนินการในเรือนจำมีข้อจำกัดทั้งในส่วนของผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ดำเนินการบำบัด ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ถูกจองจำไม่มีอิสระ ต้องอยู่ในพื้นที่จำกัด สภาพจิตใจของแต่ละคนก็ไม่เหมือนกับการอยู่นอกเรือนจำอย่างมีอิสระ ดังนั้นการได้รับการดำเนินการใด ๆ ก็อาจขาดความอิสระ และไม่สามารถทำให้เกิดความพึงพอใจได้มาก จากการสอบถามผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความพึงพอใจปานกลางถึงน้อย พบข้อมูลที่เป็นสาเหตุดังกล่าวคือ

มีข้อจำกัดของเวลาในการพูดคุยให้คำแนะนำถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกยาเสพติดน้อย ไม่เข้าถึงรายละเอียดที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุที่อยากได้รับคำแนะนำ นอกจากนี้ในเรื่องสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดถึงแม้จะมีมาก แต่ก็ไม่สามารถที่จะพูดคุยเพื่อเข้าใจปัญหาแต่ละคนได้ เนื่องจากเวลาที่จำกัดในการดำเนินการ ทำให้ไม่รู้ถึงปัญหาที่จะช่วยแก้ไขได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

เนื่องจากเรือนจำเป็นสถานที่กักกันผู้ต้องขัง เป็นพื้นที่พิเศษที่ต้องขออนุญาต และมีการตรวจอย่างเข้มงวดก่อนการเข้าออก ดังนั้น การเข้าร่วมและดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัดโดยหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ จึงเข้าร่วมได้เฉพาะหน่วยงาน/บุคคลที่มีหน้าที่เท่านั้น ส่งผลกระทบต่อการบำบัดฟื้นฟู เช่น ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่จำกัดภายใต้เงื่อนไขระเบียบของเรือนจำ และไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพในเชิงลึกเพื่อเข้าถึงปัญหาการเสพยาเสพติดในแต่ละบุคคล เพื่อการให้คำแนะนำได้ตรงจุด

สรุปผล

การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เสพยาเสพติดที่ต้องโทษและจะพ้นโทษจากการถูกคุมขังภายใน 1 ปี มีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดที่ดีขึ้น และการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก และปานกลาง ร้อยละ 55.6 และ 40.0 ดังนั้น จึงควรนำวิธีการบำบัดผู้ใช้ยาเสพติดตามรูปแบบที่ดำเนินการนี้ไปใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ และอาจพิจารณานำไปใช้ในเรือนจำอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ไปใช้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในรุ่นอื่น ๆ และนำเสนอให้เรือนจำทราบ เพื่อพิจารณานำรูปแบบดังกล่าวนี้ไปใช้ต่อ

2. สร้างความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการจำแนก/คัดกรองผู้ต้องขังเข้าใหม่ การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการให้บริการดูแลการติดยาเสพติดในเรือนจำ

3. ควรมีการดำเนินการอบรมเจ้าหน้าที่เรือนจำให้มีศักยภาพในการนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานไปใช้ เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่คล่องตัวภายใต้กฎระเบียบของเรือนจำที่นำบุคคลภายนอกเข้าไป และลดการพึ่งพาบุคคลภายนอก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผลหลังจากดำเนินการ 3-6 เดือน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านคุณค่าในตนเองและความมุ่งมั่นในการเลิกยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดในระยะยาว นอกจากนี้ควรติดตามผลภายหลังการพ้นโทษจากเรือนจำว่ามีการกลับไปเสพยาเสพติดอีกหรือไม่ และถ้าเสพ เพราะเหตุใดจึงกลับไปเสพอีก ซึ่งต้องขอที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้เข้ารับการบำบัดไว้ เพราะอาจจะติดต่อได้ยาก

2. ควรวิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานโดยให้นักโทษในเรือนจำเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากร ร่วมกันฟื้นฟูสภาพจิตใจ แนวทางในการดำเนินชีวิต และช่วยเหลือกันไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดอีก

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC. UNODC World Drug Report 2022 highlights trends on cannabis post-legalization, environmental impacts of illicit drugs, and drug use among women and youth [internet]. 2022 [cited 2023 Dec 28]. Available from: https://www.unodc.org/
2. สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ. การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unodc.org/roseap/uploads/archive/documents/cbtx/cbtx-brief-TH.pdf
3. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติดในจังหวัดสุพรรณบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://yrh.moph.go.th/wp-content/ uploads/2024/03/km-18032024.pdf
4. กรมราชทัณฑ์. รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.phufaresthome.com/blog/thailand-drugs-stats/
5. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนประชารัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/ Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities/Plan%20SafeDrug_2561.pdf
6. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดระบบต้องโทษในเรือนจำ/ทัณฑสถาน. สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง; 2560.
7. เจตน์สฤษฎิ์ สังขพันธ์, เก็ตถวา บุญปราการ, ชิดชนก เชิงเชาว์, อภิรักษ์ จันทวงศ์, ปกรณ์ ลิ้มโยธิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติดของเยาวชนไทยในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 2563;31(3):88-103.
8. อรรถพล ภูอาษา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(3):1-11.

9. ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมราชทัณฑ์. คู่มือการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัด ปี 2562. นนทบุรี: ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมราชทัณฑ์; 2562.
10. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2561. กรุงเทพฯ: สำนักยุทธศาสตร์, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2562.
11. กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข, สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. แนวทางการการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/index /detail/31037
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erlbaum Associate; 1988.
13. ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2564;1(2):49-71.
14. สุณี อาวรณ์, วิทยา โครตท่าน. การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;1(2):72-85.
15. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(2):17-30.

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal (PPHJ)
วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Factors Affecting an Acute Exacerbation among COPD patients in Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi

วิชิต ธีรไกรศรี พ.บ.[1]

Wichid Thirakraisri, M.D.[1]

[1]กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

[1]Department of Medicine, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): ripper_bie@hotmail.com

Received: 25 September 2024 Revised: 18 February 2025 Accepted: 31 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของการกำเริบเฉียบพลันและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีการวิจัย: การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน 2567 จำนวน 200 ราย เก็บข้อมูลปัจจัยที่อาจมีผลต่อการกำเริบเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์หรือการทดสอบฟิชเชอร์ และวิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี มีจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 16.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ โรคไทรอยด์เป็นพิษ ระดับความรุนแรงตามการจัดกลุ่มของ GOLD แรงสูดยาพ่นไม่เพียงพอ ภาวะมลพิษรอบบ้าน และการใช้ออกซิเจนที่บ้าน จากการวิเคราะห์หลายตัวแปร ภาวะมลพิษรอบบ้านมีความเสี่ยงเป็น 11.37 เท่า (adjusted OR=11.37, 95% CI: 3.47–37.23; $p<0.001$) และการใช้ออกซิเจนที่บ้านมีความเสี่ยงเป็น 6.34 เท่า (adjusted OR=6.34, 95% CI: 2.38–16.88; $p<0.001$)

สรุปผล: ความชุกของการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เท่ากับร้อยละ 16.5 โดยปัจจัยที่มีผลกับการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะมลพิษรอบบ้านและการใช้ออกซิเจนที่บ้าน

คำสำคัญ: การกำเริบเฉียบพลัน, การรักษาในโรงพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

Objectives: To study the prevalence of acute COPD exacerbations and factors associated with acute exacerbation in Phaholpolpayuhasena Hospital.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted on patients with COPD who received treatment at the COPD clinic, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province, from January to April 2024. A total of 200 patients were included. Data on potential factors influencing acute exacerbations were collected. Data were analyzed using chi-square or Fisher's exact tests and multivariate analysis with multiple logistic regression.

Results: Of the patients, 33 (16.5%) had acute COPD exacerbation in the past year. Factors significantly associated with acute exacerbations requiring hospitalization ($p<0.05$) included hyperthyroidism, disease severity according to the GOLD category, inadequate inhaler technique, pollution around the house, and home oxygen therapy. In multivariable analysis, pollution around the house was associated with an 11.37-fold increased risk (adjusted OR=11.37, 95% CI: 3.47–37.23; $p<0.001$), while home oxygen therapy was associated with a 6.34-fold increased risk (adjusted OR=6.34, 95% CI: 2.38–16.88; $p<0.001$).

Conclusions: The prevalence of acute COPD exacerbation in Phaholpolpayuhasena Hospital within 1 year is 16.5%. Factors associated with acute COPD exacerbations were pollution around the house and home oxygen therapy.

Keywords: acute exacerbation, hospitalization, chronic obstructive pulmonary disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของประชากรทั่วโลก[1] โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลก 3.23 ล้านราย ในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[2,3] ข้อมูลของประเทศไทยพบว่า อัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประชากรไทยในปี 2564, 2565 และ 2566 เท่ากับร้อยละ 4.44, 4.29 และ 4.41 ตามลำดับ โรคนี้มีอัตราป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง โดยสถิติในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาปี 2564, 2565 และ 2566 มีอัตราการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 136.16, 127.75 และ 139.08 ต่อราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการแสดงแบบเรื้อรัง ได้แก่ หายใจเหนื่อย ไอมีเสมหะ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย และมีการกำเริบเฉียบพลัน[4-8] เนื่องจากความผิดปกติของหลอดลมและถุงลม หากมีปัจจัยเสี่ยงกระตุ้นจะทำให้เกิดการกำเริบเฉียบพลันและอาการจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะหลังจากมีการกำเริบ

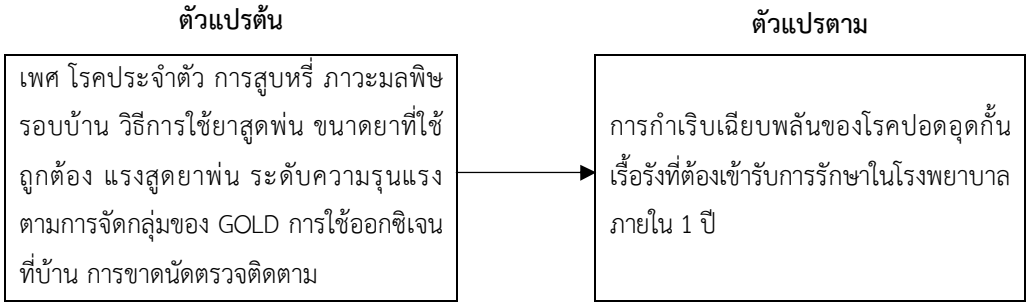
เฉียบพลัน[9,10] การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือลักษณะอาการที่มีความรุนแรงมากขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น หายใจลำบากแม้ในขณะพัก ไอเสมหะมากขึ้น หายใจเสียงวี๊ด ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลว[11,12] ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และมลพิษในสิ่งแวดล้อม เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นควันจากการเผาขยะหรือการเกษตร ควันไฟจากการทำอาหาร ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) และควันจากท่อไอเสียรถยนต์[11,13] การกำเริบเฉียบพลันพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดสมอง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดและเสียชีวิตได้[14] หากเกิดการกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้ง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สมรรถภาพของปอดแย่ลง และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิต[14,15]

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบครบวงจร คือมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ และนักนักโภชนาการภายในคลินิกแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one-stop service) อีกทั้งยังมีศักยภาพในการทำสไปโรเมทรี (spirometer) เพื่อการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว มีคลินิกอดบุหรี่ภายในโรงพยาบาล มีความพร้อมในด้านการรักษาตลอดไปจนถึงตัวยาสูดพ่นทั้งแบบฉุกเฉินและแบบควบคุมอาการตามแนวทางเวชปฏิบัติของสากล แต่การกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาในแต่ละปีกลับไม่ได้ลดลง ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytical cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรีระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2567

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนในประชากรและทราบขนาดประชากร โดยกำหนดให้ N=356 (จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาในปี 2566) p=0.267 (อ้างอิงจากการศึกษาของชมขวัญ แก้วพลงามและคณะ[16] ที่พบว่าอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 26.7) d=0.05, Z=1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 164 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20% เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมเป็น 200 ราย

คัดเลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการสุ่มผู้ป่วยให้ได้ครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่มีการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แน่ชัด 2) ข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ 3) ผู้ป่วยที่ไม่มีสัญชาติในแถบเอเชีย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว การสูบหรี่ ภาวะมลพิษรอบบ้าน (ในการศึกษานี้หมายถึง มลพิษในสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยซึ่งได้แก่ ควันจากการสูบบุหรี่ ฝุ่นควันจากการเผาขยะหรือการทำการเกษตร ควันไฟจากการทำอาหารด้วยเตาถ่าน ฝุ่น PM 2.5 และควันจากท่อไอเสียรถยนต์)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ วิธีการใช้ยาสูดพ่น ขนาดยาที่ใช้ถูกต้อง แรงสูดยาพ่น ระดับความรุนแรงตามการจัดกลุ่มของ GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; GOLD category) การใช้ออกซิเจนที่บ้าน การขาดนัดตรวจติดตาม การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง (retrospective record review) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในช่วงมกราคม 2567 ถึง เมษายน 2567 จากนั้นทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยแล้วบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนบันทึกในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการกำเริบด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fishers' exact test)

3. วิเคราะห์หลายตัวแปรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) นำเสนอด้วย adjusted odds ratio (aOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 2024-11 (วันที่รับรอง 5 มกราคม 2567) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเสนอเป็นภาพรวม เก็บเป็นความลับ และไม่สามารถสืบค้นได้

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.0) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 61-70 ปี (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ 71-80 ปี (ร้อยละ 26.5) และ 51-60 ปี (ร้อยละ 18.5) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.5) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 45.5) โรคไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 36.5) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 13.0) เกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 95.0) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม GOLD category A (ร้อยละ 62.5) ใช้ยาขนาดถูกต้อง (ร้อยละ 82.0) มีแรงสูดยาพ่นเพียงพอ (ร้อยละ 97.5) และมีเทคนิคการใช้ยาถูกต้อง (ร้อยละ 98.0) พบว่า มีภาวะมลพิษรอบบ้านร้อยละ 35.0 มีการใช้ออกซิเจนที่บ้านร้อยละ 22.5 และมีอัตราการขาดนัดตรวจติดตามต่ำ (ร้อยละ 3.5) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	172	86.0
หญิง	28	14.0
อายุ (Mean 68.98, SD=9.87)		
≤ 40 ปี	1	0.5
41-50 ปี	3	1.5
51-60 ปี	37	18.5
61-70 ปี	75	37.5
71-80 ปี	53	26.5
≥81 ปี	31	15.5

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=200) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	59	29.5
มี	141	70.5
ชนิดของโรคประจำตัว (n=141)[a]		
โรคความดันโลหิตสูง	91	64.5
โรคเบาหวาน	26	18.4
โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	73	51.8
โรคหัวใจขาดเลือด	25	17.7
โรคต่อมลูกหมากโต	15	10.6
โรควัณโรคในอดีต	12	8.5
โรคเก๊าต์	12	8.5
โรคไตเรื้อรัง	11	7.8
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF)	6	4.3
โรคหลอดเลือดสมอง	4	2.8
โรคมะเร็ง	3	2.1
ภาวะหัวใจล้มเหลว	3	2.1
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์	2	1.4
โรคไทรอยด์เป็นพิษ	2	1.4
โรคพาร์กินสัน	1	0.7
โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี	1	0.7
โรคลมชัก	1	0.7
โรคหนังแข็ง	1	0.7
การสูบบุหรี่		
สูบ	10	5.0
ไม่สูบ	190	95.0
GOLD category		
A	125	62.5
B	45	22.5
C	8	4.0
D	22	11.0
ขนาดการใช้ยา		
ถูกต้อง	164	82.0
ไม่ถูกต้อง	36	18.0

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=200) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
แรงสูดยาพ่น		
เพียงพอ	195	97.5
ไม่เพียงพอ	5	2.5
เทคนิคการใช้ยา		
ถูกต้อง	196	98.0
ไม่ถูกต้อง	4	2.0
ภาวะมลพิษรอบบ้าน		
มี	70	35.0
ไม่มี	130	65.0
การใช้ออกซิเจนที่บ้าน		
มี	45	22.5
ไม่มี	155	77.5
การขาดนัดตรวจติดตาม		
ขาดนัด	7	3.5
ไม่ขาดนัด	193	96.5

หมายเหตุ: [a]ผู้ป่วย 1 รายอาจมีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

ความชุกของการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี จำนวน 33 ราย และผู้ที่ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจำนวน 167 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.5 และ 83.5 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคไทรอยด์เป็นพิษ (p=0.027) ระดับความรุนแรงของโรคตาม GOLD Category (p=0.001) ผู้ป่วยที่มีแรงสูดยาพ่นเพียงพอ (p=0.001) ภาวะมลพิษรอบบ้าน (p=0.001) และการใช้ออกซิเจนที่บ้าน (p=0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำแนกตามการกำเริบเฉียบพลัน (n=200)

คุณลักษณะ	จำแนกตามการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน				p-value
	มีอาการกำเริบ (n=33)		ไม่มีอาการกำเริบ (n=167)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	30	90.9	142	85.0	0.374
หญิง	3	9.1	25	15.0	
อายุ					
≤ 40 ปี	0	0	1	0.6	0.787
41-50 ปี	1	3.0	2	1.2	
51-60 ปี	4	12.1	33	19.8	
61-70 ปี	15	45.5	60	35.9	
71-80 ปี	8	24.2	45	26.9	
≥81 ปี	5	15.2	26	15.6	
โรคประจำตัว					
โรคความดันโลหิตสูง	19	57.6	72	43.1	0.127
โรคเบาหวาน	6	18.2	20	12.0	0.333
โรคไขมันในเลือดผิดปกติ	12	36.4	61	36.5	0.986
โรคหัวใจขาดเลือด	2	6.1	23	13.8	0.221
โรคต่อมลูกหมากโต	3	9.1	12	7.2	0.704
โรควัณโรคในอดีต	2	6.1	10	6.0	0.987
โรคเก๊าต์	3	9.1	9	5.4	0.413
โรคไตเรื้อรัง	2	6.1	9	5.4	0.877
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF	2	6.1	4	2.4	0.259
โรคหลอดเลือดสมอง	0	0	4	2.4	0.369
โรคมะเร็ง	0	0	3	1.8	0.438
ภาวะหัวใจล้มเหลว	0	0	3	1.8	0.438
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์	0	0	2	1.2	0.528
โรคไทรอยด์เป็นพิษ	2	6.1	0	0	0.027
โรคพาร์กินสัน	0	0	1	0.6	0.656
โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี	1	3.0	0	0	0.165
โรคลมชัก	0	0	1	0.6	0.656
โรคหนังแข็ง	0	0	1	0.6	0.656
การสูบบุหรี่					
สูบ	2	6.1	8	4.8	0.760
ไม่สูบ	31	93.9	159	95.2	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำแนกตามการกำเริบเฉียบพลัน (n=200) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำแนกตามการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน				p-value
	มีอาการกำเริบ (n=33)		ไม่มีอาการกำเริบ (n=167)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
GOLD category					
A	2	6.1	123	73.7	<0.001
B	1	3.0	44	26.3	
C	8	24.2	0	0	
D	22	66.7	0	0	
ขนาดการใช้ยา					
ถูกต้อง	29	87.9	135	80.8	0.336
ไม่ถูกต้อง	4	12.1	32	19.2	
แรงสูดยาพ่น					
เพียงพอ	28	84.8	167	100	<0.001
ไม่เพียงพอ	5	15.2	0	0	
เทคนิคการใช้ยา					
ถูกต้อง	31	93.9	165	98.8	0.068
ไม่ถูกต้อง	2	6.1	2	1.2	
ภาวะมลพิษรอบบ้าน					
มี	29	87.9	41	24.6	<0.001
ไม่มี	4	12.1	126	75.4	
การใช้ออกซิเจนที่บ้าน					
มี	23	69.7	22	13.2	<0.001
ไม่มี	10	30.3	145	86.8	
การขาดนัดตรวจติดตาม					
ขาดนัด	1	3.0	6	3.6	0.872
ไม่ขาดนัด	32	97.0	161	96.4	

จากการวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่าภาวะมลพิษรอบบ้านเสี่ยงต่อการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี 11.37 เท่า (aOR=11.37, 95% CI: 3.47-37.23; p<0.001) และการใช้ออกซิเจนที่บ้านจะเสี่ยงต่อการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี 6.34 เท่า (aOR=6.34, 95% CI: 2.38-16.88; p<0.001) (ตารางที่ 3) ส่วนโรคไทรอยด์เป็นพิษ ระดับความรุนแรงของโรคตาม GOLD category และแรงสูดยาพ่นไม่เพียงเพียงพอ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ต่อได้ เนื่องจากกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบมีจำนวนเป็นศูนย์

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา(n=200)

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	p-value	Adjust OR	95% CI	p-value
ภาวะมลพิษรอบบ้าน	22.28	7.39-67.15	<0.001	11.37	3.47-37.23	<0.001
การใช้ออกซิเจนที่บ้าน	15.16	6.37-36.09	<0.001	6.34	2.38-16.88	<0.001

อภิปรายผล

ความชุกของการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.5 ซึ่งพบว่าน้อย เมื่อพิจารณาประกอบกับรายงานข้อมูลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสถิติในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งผู้ป่วยหนึ่งคนอาจมีการกำเริบเฉียบพลันได้หลายครั้งใน 1 ปี ทำให้ข้อมูลอัตราการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อรายมีค่าสูง ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน อาจจะไม่มีการกำเริบเฉียบพลันเลยในช่วง 1 ปี ดังนั้นความชุกของการกำเริบเฉียบพลันที่ได้จึงอาจได้ผลน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ภาวะมลพิษรอบบ้าน สอดคล้องกับข้อมูลวิจัยที่ผ่านมา[11,13] ซึ่งหากสามารถแก้ไขปัญหามลพิษรอบบ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ควันจากการสูบบุหรี่ ฝุ่นควันจากการเผาขยะหรือการทำการเกษตร ควันไฟจากการทำอาหารด้วยเตาถ่าน ฝุ่น PM 2.5 และควันจากท่อไอเสียรถยนต์ อาจทำให้การกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยลดลง รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลลงได้ 2) การใช้ออกซิเจนที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีการใช้ออกซิเจนที่บ้านมักจะอยู่ในกลุ่มที่มีการดำเนินโรครุนแรงและต้องพึ่งการใช้ออกซิเจนอยู่ที่บ้านตลอดเวลา ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนที่บ้านจึงเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญในส่วนของการรักษาด้วยยาและควรมีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจสภาพแวดล้อมและมลพิษรอบบ้านของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้การกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง

ส่วนตัวแปรสูบบุหรี่ไม่พบความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในคลินิกนั้นรับการแนะนำและส่งปรึกษาคลินิกอดบุหรี่ทุกราย ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ภายในคลินิกลดลง ตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ ขนาดของการใช้ยาที่ถูกต้อง แรงยา และการขาดนัดตรวจติดตาม ส่วนตัวแปร ได้แก่ โรคไทรอยด์เป็นพิษ ความรุนแรงของโรคตาม GOLD category และแรงสูดยาพ่นไม่เพียงพอในกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบมีจำนวนเป็นศูนย์ ถ้าหากมีการเก็บข้อมูลจำนวนมากขึ้นและนำมาวิเคราะห์ใหม่อาจมีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

1) การศึกษานี้เป็นแบบ cross-sectional study ทำให้บอกได้เพียงว่าการมีภาวะมลพิษรอบบ้านและการใช้ออกซิเจนที่บ้านมีความสัมพันธ์กับการเกิดการกำเริบเฉียบพลัน แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าการมีภาวะมลพิษและการใช้ออกซิเจนที่บ้านเป็นผลให้เกิดการกำเริบเฉียบพลันมากขึ้น 2) ความไม่สมดุลของข้อมูลในบาง

ตัวแปร เช่น ผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ ระดับความรุนแรงตาม GOLD category และแรงสูดยาพ่น ทำให้ไม่สามารถนำตัวแปรเหล่านี้มาวิเคราะห์หลายตัวแปรได้ แม้ว่าในการวิเคราะห์เบื้องต้นจะพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมปัจจัยกวนที่อาจส่งผลต่อการกำเริบเฉียบพลัน เช่น ฤดูกาล การติดเชื้อทางเดินหายใจ ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

สรุปผล

การศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 200 ราย พบความชุกของการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ร้อยละ 16.5 โดยมีปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลัน 2 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะมลพิษรอบบ้านและการใช้ออกซิเจนที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินและให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะมลพิษรอบบ้านแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การลดการสัมผัสกับควันบุหรี่ ฝุ่นควันจากการเผาขยะหรือการทำการเกษตร ควันไฟจากการทำอาหารด้วยเตาถ่าน ฝุ่น PM 2.5 และควันจากท่อไอเสียรถยนต์

2. ควรมีการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่มีการใช้ออกซิเจนที่บ้านอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกำเริบเฉียบพลัน โดยอาจพิจารณาเพิ่มความถี่ในการตรวจติดตาม หรือจัดให้มีระบบการติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อติดตามผลกระทบของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว

2. ควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันโดยเก็บข้อมูลจำนวนครั้งของการกำเริบเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์

เอกสารอ้างอิง

1. Halpin DMG, Celli BR, Criner GJ, Frith P, López Varela MV, Salvi S, et al. The GOLD Summit on chronic obstructive pulmonary disease in low- and middle-income countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2019;23(11):1131-41.
2. Saeid S, Kristin C-C, Maryam N, Seyed Aria N, Mark JMS, Javad Ahmadian H, et al. Burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. BMJ. 2022;378:e069679.

3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS medicine. 2006;3(11):e442.
4. Kessler R, Partridge MR, Miravitlles M, Cazzola M, Vogelmeier C, Leynaud D, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. Eur Respir J. 2011;37(2):264-72.
5. Elliott MW, Adams L, Cockcroft A, MacRae KD, Murphy K, Guz A. The language of breathlessness. Use of verbal descriptors by patients with cardiopulmonary disease. Am Rev Respir Dis. 1991;144(4):826-32.
6. Laviolette L, Laveneziana P. Dyspnoea: a multidimensional and multidisciplinary approach. Eur Respir J. 2014;43(6):1750-62.
7. Cho SH, Lin HC, Ghoshal AG, Bin Abdul Muttalif AR, Thanaviratananich S, Bagga S, et al. respiratory disease in the Asia-Pacific region: Cough as a key symptom. Allergy Asthma Proc. 2016;37(2):131-40.
8. Goërtz YMJ, Looijmans M, Prins JB, Janssen DJA, Thong MSY, Peters JB, et al. Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: protocol of the Dutch multicentre, longitudinal, observational FAntasTIGUE study. BMJ Open. 2018;8(4):e021745.
9. Dransfield MT, Kunisaki KM, Strand MJ, Anzueto A, Bhatt SP, Bowler RP, et al. Acute Exacerbations and Lung Function Loss in Smokers with and without Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med. 2017;195(3):324-30.
10. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Al M, Mölken MR. Association between lung function and exacerbation frequency in patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2010;5:435-44.
11. Wedzicha JA, Seemungal TA. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet. 2007;370(9589):786-96.
12. Hewitt R, Farne H, Ritchie A, Luke E, Johnston SL, Mallia P. The role of viral infections in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and asthma. Ther Adv Respir Dis. 2016;10(2):158-74.
13. Fan X, Dong T, Yan K, Ci X, Peng L. PM 2.5 increases susceptibility to acute exacerbation of COPD via NOX4/Nrf2 redox imbalance-mediated mitophagy. Redox Biol. 2023;59:102587.
14. MacLeod M, Papi A, Contoli M, Beghé B, Celli BR, Wedzicha JA, et al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation fundamentals: Diagnosis, treatment, prevention and disease impact. Respirology. 2021;26(6):532-51.

15. Hogea SP, Tudorache E, Fildan AP, Fira-Mladinescu O, Marc M, Oancea C. Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. Clin Respir J. 2020;14(3):183-97.
16. ชมขวัญ แก้วพลงาม, ณัฐวดี อินทแสน, ภานุพงษ์ อุ่นเรือนงาม, ปาริชาติ นิยมทอง. ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2565;30(1):99-111.

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal (PPHJ)
วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา Methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Effectiveness of a Methylphenidate Adherence Promotion Program for Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon

เยาวนันท์ ปัญญาประทีป ภ.บ.[1], อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์ พย.บ.[2*]

Yaowanan Panyaprateep, P.M.S.[1], Aree Tawatwattananun, B.N.S.[2*]

[1]กลุ่มงานเภสัชกรรม [2]กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร 74110

[1]Department of Pharmacy [2]Department of Nursing, Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon 74110

[*]ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): nuy1617@gmail.com

Received: 16 January 2025 Revised: 21 April 2025 Accepted: 24 April 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ณ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.96±1.03 และ 4.63±0.86; $p<0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (85.46±5.59 และ 76.38±4.36; $p<0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุปผล: โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีประสิทธิผลต่อความรู้และความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนสนับสนุนพฤติกรรมการให้ยาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การส่งเสริมการรับประทานยา, โรคสมาธิสั้น, เมทิลเฟนิเดต

Abstract

Objectives: to study the effectiveness of a Methylphenidate Adherence Promotion Program for Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon

Methods: A quasi-experimental, two-group pretest-posttest design was conducted. The sample consisted of parents of children with ADHD who received services at a child and adolescent psychiatry clinic, Krathum Baen Hospital, between June and July 2024. Sixty participants were purposively selected and assigned to either the experimental group (n=30) or the control group (n=30). Data were collected using a questionnaire assessing knowledge and adherence to medication use, which had a reliability coefficient of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Results: Post-intervention, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in the mean score of knowledge regarding ADHD and methylphenidate use compared to the pre-intervention score (7.96±1.03 vs. 4.63±0.86; $p<0.001$), and a statistically significant higher mean score than the control group ($p<0.001$). Furthermore, the experimental group showed a statistically significant increase in the consistency of administering methylphenidate to their children compared to the pre-intervention level (85.46±5.59 vs. 76.38±4.36; $p<0.001$), and a statistically significant higher mean score than the control group ($p<0.001$).

Conclusions: The medication adherence promotion program for methylphenidate in parents of children with ADHD was effective in improving their knowledge and consistency in administering the medication by focusing on ensuring that parents have accurate knowledge and understanding regarding medication use, as well as supporting appropriate and continuous medication administration behaviors.

Keywords: adherence promotion program, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, methylphenidate

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองของเด็ก ซึ่งมีความผิดปกติที่สำคัญ 3 ด้าน คือ อาการขาดสมาธิ (inattention) พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และอยู่ไม่นิ่งหรือซนผิดปกติ (hyperactivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมปกติของเด็กที่มีพัฒนาการระดับเดียวกัน[(1)] จากการวินิจฉัยตามหลักการของ DSM-5 Diagnostic Criteria for ADHD ความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 3-5 ในเด็กทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยมีความชุกประมาณ ร้อยละ 6 ซึ่งพบมากในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า[(2)] แม้ยังไม่มีสาเหตุของโรคสมาธิสั้นที่ระบุได้ชัดเจน แต่มีหลักฐาน

ที่ชี้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น การค้นพบยีนที่เกี่ยวข้องกับโรค และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสารตะกั่ว มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดบุตร[3] จากการสำรวจข้อมูลทางระบาดวิทยาโรคสมาธิสั้นในเด็กที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี 2558 มีอัตราการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.47 และคาดการณ์ว่าจะมีเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นประมาณ 437,136 ราย ทั่วประเทศ ซึ่งสอดรับกับพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 5[4] ในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด จำนวน 13,046 ราย (ร้อยละ 37.93) ส่วนจังหวัดสมุทรสาครพบจำนวน 3,386 ราย (ร้อยละ 72.90) สำหรับโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จากข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ปี 2566 พบผู้ป่วยสมาธิสั้น มารับบริการทั้งสิ้น 1,000 ราย มาก่อนนัด 130 ครั้งต่อเดือน (ข้อมูลภายในหน่วยงาน) ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง ครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตแย่ลง[5] บทบาทผู้ดูแลต่อความร่วมมือในการรักษาของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาครบถ้วน ตรงตามแผนการรักษาทั้งขนาด และจำนวนครั้ง 2) การรับรู้ และสนใจที่จะป้องกันความไม่สุขสบาย อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของการรักษา เป็นการดูแลเพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากยา หลังจากที่เด็กรับประทานยา รวมถึงการจัดการความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้น และ 3) การยอมรับการรักษา เรียนรู้ และปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน ของเด็กและผู้ดูแลให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์[6-10] ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งเสริมให้เด็กรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งล้วนมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา[2,11]

กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ให้บริการจ่ายยา และให้การบริบาลทางเภสัชกรรม แก่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเด็ก รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น พบปัญหาขาดการติดตามผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เด็กสมาธิสั้นยังมีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบตามการรักษาของแพทย์ จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่า การให้คำแนะนำของเภสัชกรยังขาดความเป็นเอกภาพ ส่งผลให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการขาดแคลนยาชั่วคราวในบางเดือน ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยา อีกทั้ง ผู้ดูแลหรือมารดาของเด็กบางรายอาจลืมให้ยาตามกำหนด มีการปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง หรือหยุดให้ยาเมื่อบุตรมีอาการเจ็บป่วย โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองบางรายตัดสินใจหยุดการให้ยาโดยพลการ

การบริบาลทางเภสัชกรรม เป็นการมุ่งเน้นการส่งเสริมความสม่ำเสมอและความครบถ้วนของการรับประทานยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นให้สามารถรับประทานยาได้อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษา และหนึ่งในแนวทางที่สามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรม

บริบาลทางเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[12] ที่อธิบายพฤติกรรมของผู้ดูแลต่อการให้ยาโดยการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ แนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของ Morisky DE, et al.[13] อธิบายว่าการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพหมายถึง การรับประทานยาให้ครบถ้วนทั้งขนาดและความถี่ตามแผนการรักษาที่ตกลงร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ โดยไม่มีพฤติกรรมหยุดยาเองก่อนกำหนด ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต่อเนื่องของการใช้ยา ได้แก่ การลืมรับประทานยา ความใส่ใจในการใช้ยา ความสะดวกในการเข้าถึงยา และความรู้สึกต่อการใช้ยาทั้งนี้ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ (learning theory)[14] มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยอธิบายว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผ่านการฝึกฝนและประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งในกรณีของการรับประทานยาในเด็กสมาธิสั้น ความเข้าใจและประสบการณ์ของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ยาอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) สำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการให้ยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

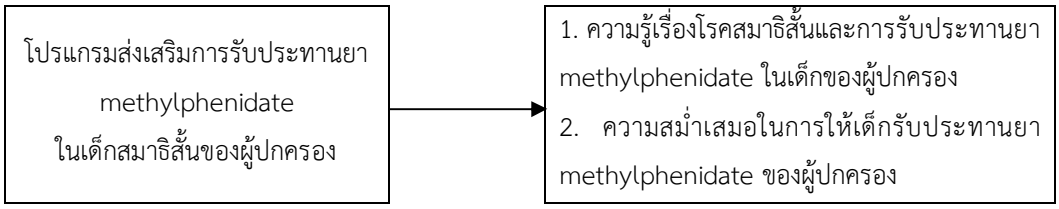
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi–experimental study) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยหลักการวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาโปรแกรมการบริบาลยาเภสัชกรรมส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา[15] เท่ากับ 0.65 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 เปิดตาราง[16] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย

คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) เป็นบิดา/มารดา หรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (F90.0) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อายุระหว่าง 6-12 ปี มีหน้าที่ดูแลให้การรับประทานยา methylphenidate 2) สามารถ อ่าน เขียน สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท มีเลขหมายโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดช่วงการศึกษา การสัมภาษณ์ และการติดตามเยี่ยม 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด 2) แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดยา methylphenidate หรือเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นในระหว่างเข้าร่วมการศึกษา

จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืนในแต่ละกลุ่มจำนวนกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดำเนินการกิจกรรมเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ เป็นการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นดำเนินการ เป็นการให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่ม และติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) โดยมีขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาแบบแผนความเชื่อที่มีต่อการรับประทานยา 2) การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและการจัดการกับปัญหาอุปสรรค 3) สรุปความคิดรวบยอดประเมินผลปรับปรุง

2. คู่มือการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

3. แผ่นพับความรู้เรื่องยา methylphenidate

4. สื่อวีดิทัศน์การรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน การมีโรคร่วมและลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้น และการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ดัดแปลงมาจากวันรวี พิมพ์รัตน์[17] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยคำตอบจะแบ่งเป็น 2 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ความรู้ดี คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 และความรู้ไม่ดี คะแนนน้อยกว่า 6

3. แบบวัดความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ดัดแปลงมาจากวันรวี พิมพ์รัตน์[17] โดยการนับเม็ดยาและใช้สูตรการคำนวณความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น คือ ร้อยละความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็ก = [(จำนวนยาที่ได้รับ - จำนวนยาที่คงเหลือ) x 100] ÷ จำนวนยาที่ควรได้รับประทาน เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ผู้ปกครองมีความสม่ำเสมอในการให้ยาเด็ก ร้อยละมากกว่าเท่ากับ 80 และผู้ปกครองไม่มีความสม่ำเสมอในการให้ยาเด็ก ร้อยละน้อยกว่า 80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กและการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ กุมารแพทย์ และหัวหน้าเภสัชกร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.87 และ 1.0

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้น ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการและไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอทำวิจัยส่งผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. เมื่อผู้ปกครองนำผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มารับการตรวจ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ผู้วิจัยได้นำเข้ากลุ่มทดลอง แล้วดำเนินการตามโปรแกรมฯ จำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์ จนครบ 30 ราย

4. หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการกับกลุ่มควบคุม โดยให้การพยาบาลตามปกติ เป็นรายบุคคล จำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์ จนครบ 30 ราย

5. จากนั้นนำแบบสอบถามที่บันทึกได้ทั้งหมด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลตามขั้นตอนต่อไป

ขั้นดำเนินการวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล จำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งนัดหมายเป็นรายกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยพบผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้นอีกครั้ง ที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเดิม ภายหลังการรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กและการรับประทานยา methylphenidate พร้อมแจกแผ่นพับชุดความรู้ฯ พูดคุยให้กำลังใจและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล จำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาแบบแผนความเชื่อที่มีต่อการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

1. ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ทำแบบสอบถาม (pretest)

2. จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามและติดตามความสม่ำเสมอของการรับประทานยา

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นเมื่อรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการรับรู้การเกิดผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์หรืออาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับเด็กเมื่อรับประทานยาสมาธิสั้น โดยการให้ความรู้ (psycho education) ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแผ่นพับเรื่องโรคสมาธิสั้นและการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

4. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถาม พูดคุยให้กำลังใจให้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลต่อการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

5. ฝึกทักษะการจัดยาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 (ติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 15 นาที/ราย)

กิจกรรม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการจัดการกับปัญหาอุปสรรค กิจกรรมรายบุคคลและในกลุ่มไลน์กระตุ้นให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนซักถามข้อประเด็น ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในเรื่อง

1. ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น
2. ทบทวนความรู้เรื่องการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น การเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น เพื่อผู้ดูแลรับรู้หรือสังเกตเห็นถึงการเกิดผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์หรืออาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับเด็กเมื่อรับประทานยาสมาธิสั้นอีกครั้ง
3. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถาม พูดคุยให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

กิจกรรม การสรุปความคิดรวบยอดการส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามและติดตามความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ทำแบบสอบถามอีกครั้ง (posttest)
2. พูดคุยให้กำลังใจและยุติการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน การมีโรคร่วม และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (ภายในกลุ่มทดลอง) ด้วยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครองระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เลขที่ 008/67 (วันที่รับรอง 23 พฤษภาคม 2567)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะส่วนใหญ่คล้ายกัน (ตารางที่ 1) อย่างไรก็ตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 – 44 ปี จำนวน 16 ราย ร้อยละ 53.3 และผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดา จำนวน 22 ราย ร้อยละ 73.3 ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุ 55 ปี ขึ้นไป จำนวน 16 ราย ร้อยละ 53.5 ผู้ดูแลเป็น ปู่/ย่า/ตา/ยาย จำนวน 20 ราย ร้อยละ 66.67

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	2	6.7	2	6.7
หญิง	28	93.3	28	93.3
อายุ				
35 – 44 ปี	16	53.3	6	20.0
45 – 54 ปี	7	23.3	8	26.7
55 ปี ขึ้นไป	7	23.3	16	53.3
รายได้ต่อเดือน				
5,001 – 10,000 บาท	10	33.3	10	33.3
10,001 – 15,000 บาท	14	46.7	14	46.7
15,001 – 20,000 บาท	1	3.3	2	6.7
20,001 – 25,000 บาท	2	6.7	2	6.7
25,001 – 30,000 บาท	2	6.7	1	3.3
30,001 – 35,000 บาท	1	3.3	1	3.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	30.0	9	30.0
มัธยมศึกษา	15	50.0	15	50.0
อนุปริญญา	5	16.7	5	16.7
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3
อาชีพ				
รับจ้าง	10	33.3	10	33.3
ค้าขาย	13	43.3	13	43.3
ทำสวน ทำไร่	7	23.4	7	23.4
โรคร่วม				
มี	30	100	30	100

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	22	73.3	10	33.3
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	8	26.7	20	66.7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate เท่ากับ 4.63 (SD=0.86) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับเท่ากับ 7.96 (SD=1.03) เมื่อทดสอบสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เท่ากับ 76.38 (SD=4.36) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เท่ากับ 85.46 (SD=5.59) เมื่อทดสอบสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ผลลัพธ์	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate	4.63	.86	7.96	1.03	-13.449	<0.001
ความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate	76.38	4.36	85.46	5.59	-5.261	<0.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครองระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate เท่ากับ 4.30 (SD=1.72) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 7.96 (SD=1.03) เมื่อทดสอบสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

หลังทดลอง กลุ่มควบคุมมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เท่ากับ 78.13 (SD=4.23) ส่วนกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยาเท่ากับ 85.46 (SD=5.59) เมื่อทดสอบสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate	4.30	1.72	7.96	1.03	-13.653	<0.001
ความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate	78.13	4.23	85.46	5.59	-83.684	<0.001

อภิปราย

เมื่อเปรียบเทียบ**ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate ของผู้ปกครอง** ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กที่สร้างขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา methylphenidate เห็นความสำคัญของการให้ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นรับประทานยา และจากการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามที่จะปฏิบัติตาม สอดคล้องกับแนวคิดความรู้[14] กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรและพฤติกรรมใหม่นี้ เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาติญาณหรือวุฒิภาวะ หรือความบังเอิญ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร จึงจะถือว่าเกิดการเรียนรู้ขึ้น หากเป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวก็ยังไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Safavi P, et al.[18]

เมื่อเปรียบเทียบ**ความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง** ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate สำหรับเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้น มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่าง สม่ำเสมอ ครบถ้วน ทั้งในด้านขนาดและความถี่ ตามแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Morisky DE, et al.[13] ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การใช้ยาครบถ้วนตามปริมาณและระยะเวลาที่กำหนด โดยได้รับการกำกับดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และไม่มีพฤติกรรมหยุดใช้ยาก่อนคำสั่งของแพทย์ โปรแกรมดังกล่าวจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลการใช้ยาของเด็กสมาธิสั้น ช่วยลดปัญหาการหยุดใช้ยาด้วยตนเอง และส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาในระยะยาว

นอกจากนี้การศึกษาของกรรณิกา ไถนาเพรียว[11] พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ 2) การรับรู้และให้ความสนใจต่อผลข้างเคียงของยา รวมถึงการป้องกันและจัดการความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และ 3) การยอมรับแนวทางการรักษา โดยผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลยังรวมถึง ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และ ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความถี่ของการใช้ยาในแต่ละวัน และ ระยะเวลาการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การพัฒนาโปรแกรมที่สามารถตอบสนองต่อปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถดูแลและสนับสนุนการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้นสำหรับเด็กสมาธิสั้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้มีการสร้างสัมพันธภาพและศึกษารูปแบบความเชื่อของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีศักยภาพในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยา อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้จากการศึกษานี้ยังไม่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์หรือนำเสนอในรายงาน จึงเป็นโอกาสในการต่อยอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาในอนาคต

2. ความแตกต่างของอายุและบทบาทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองถือเป็นข้อจำกัดของงานวิจัย เนื่องจากอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการให้ยาและความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งอาจมีผลต่อการแปลผลและเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate

สรุปผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ณ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง สามารถใช้เป็นแนวทางการบริบาลยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มงานเภสัชกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนของผู้ปกครอง และศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมนี้ต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้โอกาสและให้คำปรึกษาจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณคุณหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช และผู้ปฏิบัติงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. Clin Psychol Rev. 2006;26(4):433-44.
2. ปัจฉิมา หลอมประโคน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีษะเกษม สุรินทาร์ บุรีรัมย์. 2565;37(2):381-90.
3. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. สมาธิสั้น [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/groupreview0000268.pdf
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (workload) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/spk/public/standard-report-detail/90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec
5. วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(4):373-86.
6. จินิส สีห์รา, วัลลภ อัจสริยะสิงห์, ชุติมา แจ้งจิตร, ชาญวิทย์ พรนภดล. การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562:64(1):3-20.
7. ชาญวิทย์ พรนภดล. คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก. นครปฐม: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล; 2548.
8. ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย. การใช้ยาและผลของยา. [ม.ป.ป] [เข้าถึงเมื่อ 19 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.adhdthai.com/autistic/catalog.php?category=17
9. พาสินี แจ่มจ้า, สุนิศา สุขตระกูล, ประนอม รอดคำดี. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. วารสารแพทย์นาวี. 2562;46(1):32-48.
10. อธิชาดา อธิพงษ์อาภรณ์, นิดา ลิ้มสุวรรณ. สาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น วัยเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(1):33-46.

11. กรรณิกา ไถนาเพรียว, อรวรรณ หนูแก้ว, วีณา คันฉ้อง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2565;28(3):72-86.
12. Rosenstock M, Strecher J, Becker H. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
14. Bloom BS. Taxonomy of Education Objectives: The Classification of Education Goal. New York: Longman; 1956.
15. ปัณม์ชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง. โปรแกรมการบริบาลยาเภสัชกรรมส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(1):185-97.
16. Cohen J. Statistical Power Analysis. Psychol Sci. 1988;1(3):98–101
17. วันรวี พิมพ์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2566;61(1):15-26.
18. Safavi P, Saberzadeh M, Tehrani AM. Factors associated with treatment adherence in children with attention deficit hyperactivity disorder. Indian J Psychol Med. 2019;41(3):252-7.

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal (PPHJ)
วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

การพัฒนาระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัดกาญจนบุรี

Development of the One Province One Labor Room Network Model in Kanchanaburi Province

ประยงค์ศรี คำประพันธ์ พ.บ.[1*]

Prayongsri Khumpraphan, M.D.[1*]

[1]กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพลหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

[1]Department of Obstetrics and Gynecology, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): prayongsrikhum@gmail.com

Received: 3 April 2025 Revised: 24 April 2025 Accepted: 28 April 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (One Province One Labor Room: OPOL) โดยการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ (Tele-LINE Consulting System: TLCS) ในจังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2564-2567 รวมถึงสูตินรีแพทย์และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทางสูตินรีเวชของโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีผ่านระบบ OPOL TLCS เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) ระบบ OPOL TLCS ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ กำหนดเพิ่มเติมให้มีสูตินรีแพทย์ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนารับผิดชอบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีแพทย์รายงานผู้ป่วยสูตินรีเวชทุกรายที่รับเป็นผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาลทุกวัน และให้มีการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ตั้งแต่แรกรับทุกราย 2) แบบบันทึกการส่งต่อและข้อมูลหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาลพลหลพยุหเสนา 3) แบบรายงานการเสียชีวิตของมารดา และบันทึกการประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดกาญจนบุรี 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของสูตินรีแพทย์และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชต่อการใช้ระบบ OPOL TLCS วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ก่อนใช้ระบบ OPOL TLCS (ปีงบประมาณ 2564) มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุโดยตรง 2 ราย และการรับส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรม 266 ราย หลังใช้ระบบ OPOL TLCS พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุโดยตรงลดลงเป็น 1, 1 และ 0 ราย และการรับส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมลดลงเป็น 262, 228 และ 206 ราย ในปีงบประมาณ 2565-2567 ตามลำดับ แพทย์ผู้ใช้ระบบ OPOL TLCS 69 คน มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด (ระดับ 4-5 คะแนน) ร้อยละ 98.11 คะแนนเฉลี่ย 4.19 คะแนน (SD=0.34)

สรุปผล: ระบบ OPOL TLCS ที่ได้มีการพัฒนาร่วมกันและกำกับดูแลโดยแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและสูตินรีแพทย์ที่ชัดเจน สามารถลดการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุโดยตรงได้แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดายังไม่ลดลง การพัฒนาระบบปรึกษาและส่งต่อควรมีการติดตามต่อเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่อไป

คำสำคัญ: ระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด, การสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์, อัตรามารดาเสียชีวิต

Abstract

Objectives: To develop the One Province One Labor Room (OPOL) network model incorporating with a Tele-Line Consulting System (TLCS) in Kanchanaburi Province.

Methods: This research and development study was conducted from fiscal year 2021 to 2024 among admitted pregnant women, obstetricians and obstetric care physicians in Kanchanaburi using the OPOL TLCS system. The research instruments comprised: 1) the developed OPOL TLCS system, which included the assignment of obstetricians from Phaholpolpayuhasena Hospital to provide 24-hour consultation, mandatory daily reporting of all admitted obstetric and gynecological inpatients by physicians in every hospital, and mandatory initial assessment of fetal well-being upon admission; 2) a record form for referrals and data on pregnant women admitted for delivery at Phaholpolpayuhasena Hospital; 3) a maternal mortality report form and minutes of the Kanchanaburi Provincial Maternal and Child Health Board meetings; and 4) a satisfaction questionnaire for obstetricians and obstetric care physicians and physicians caring for obstetric and gynecological patients regarding their use of the OPOL TLCS system. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: Prior to the implementation of the OPOL TLCS system (fiscal year 2021), there were two direct maternal deaths and 266 obstetric referrals. Following the implementation of the OPOL TLCS system, direct obstetric maternal deaths decreased to 1, 1, and 0 cases, and obstetric referrals decreased to 262, 228, and 206 cases in fiscal years 2022-2024, respectively. Among the 69 physicians who used the OPOL TLCS system, 98.11% reported a high to very high level of satisfaction (levels 4-5), with a mean score of 4.19 (SD=0.34).

Conclusion: The collaboratively developed OPOL TLCS system, supported by consistent specialist involvement, contributed to a reduction in direct obstetric maternal deaths. Continued monitoring and development of the consultation and referral system are recommended to further reduce maternal mortality.

Keywords: One Province One Labor Room, Tele-LINE Consulting System, Maternal Mortality Rate

บทนำ

การเสียชีวิตของมารดาเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและประเทศไทย ในปี 2566 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประมาณการว่าทั่วโลกมีหญิงตั้งครรภ์หรือมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ 800 รายต่อวัน[(1)] ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขรายงานอัตราการเสียชีวิตของมารดาในปี 2563 เท่ากับ 29 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุหลักมาจากการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อน

ทางอายุรกรรม[2] สำหรับเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดที่มีอัตรามารดาเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้น โดยปีงบประมาณ 2557-2563 การเสียชีวิตของมารดาในจังหวัดกาญจนบุรีเกิดจากสาเหตุโดยตรงจากการตั้งครรภ์ (direct cause) ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage: PPH) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pregnancy induced hypertension: PIH) และการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) สำหรับสาเหตุทางอ้อม (indirect cause) ที่พบได้แก่ ไข้เลือดออก[3]

ในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้งโครงการเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (One Province One Labor Room: OPOL) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทย โดยจัดเสมือนห้องคลอดของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเป็นห้องคลอดเดียวกัน และมีการติดต่อสื่อสารกันโดยการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ (tele-LINE consulting system: TLCS)[4] ในหลายพื้นที่ได้นำไปใช้ แต่การเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทยยังคงสูง สำหรับจังหวัดกาญจนบุรีซึ่งเป็นจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 ที่มีการจัดบริการสาธารณสุขต่างจากจังหวัดอื่น เนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ที่เป็นจังหวัดชายแดนด้านตะวันตกของประเทศไทย มีเขตติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ลักษณะพื้นที่เป็นภูเขาสูง มีพื้นที่ขนาดใหญ่เป็นอันดับสามของประเทศ และแบ่งออกเป็น 13 อำเภอ โดยมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 15 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลค่ายทหาร 1 โรงพยาบาล จัดการดูแลรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วยทางสูตินรีเวชผ่านระบบโรงพยาบาลเครือข่าย (node) ซึ่งมีสูตินรีแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่าย 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลมะการักษ์ ดูแลโรงพยาบาลลูกข่าย 2 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลทองผาภูมิ ดูแลโรงพยาบาลลูกข่าย 2 โรงพยาบาล หากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายจะส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย คือโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดกาญจนบุรี

ทั้งนี้การศึกษาประเมินผลลัพธ์ของระบบ OPOL TCLS ยังมีน้อย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยและพัฒนาระบบ OPOL TLCS ในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบ OPOL TLCS ในจังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อพัฒนาระบบ OPOL TLCS ในจังหวัดกาญจนบุรีปีงบประมาณ 2564-2567
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการใช้ระบบ OPOL TLCS ในจังหวัดกาญจนบุรีปีงบประมาณ 2564-2567
4. เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ระบบ OPOL TLCS ในจังหวัดกาญจนบุรีปีงบประมาณ 2564-2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (One Province One Labor Room: OPOL) หมายถึง ระบบที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการคลอดบุตรให้ได้มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกันในการดูแลแม่และทารกลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ เพิ่มความปลอดภัยของแม่และเด็ก และส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ ในเครือข่าย

2. การสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ (Tele-LINE Consulting System: TLCS) หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) โดยเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างสูตินรีแพทย์และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชในเครือข่าย

3. ระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัดโดยการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ (OPOL TLCS) หมายถึง ระบบ OPOL ที่ให้การติดต่อสื่อสารแบบ TLCS

4. ระบบกลไกคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Maternal and Child Health Board: MCH Board) หมายถึงคณะกรรมการที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับดูแลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัด โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นประธาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) อ้างอิงตามแนวทางของ Borg WR & Gall MD[5] แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาร่างรูปแบบ การศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้จริง และการประเมินผลการใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีและได้รับการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปีงบประมาณ 2564-2567

2. มารดาเสียชีวิตในจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2564-2567

3. สูตินรีแพทย์ แบ่งเป็น 1) สูตินรีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปีงบประมาณ 2564-2567 ทุกคน จำนวน 5 คน 2) สูตินรีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ ปีงบประมาณ 2564-2567 ทุกคน จำนวน 6 คน

4. แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 58 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ซึ่งผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูตินรีเวช 2 ท่าน ด้านเวชกรรมป้องกัน 1 ท่าน และด้านการวิจัย 1 ท่าน รายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 ได้แก่ ระบบ OPOL TLCS ที่พัฒนาขึ้น กล่าวคือ กำหนดเพิ่มเติมให้มีสูตินรีแพทย์ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนารับผิดชอบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง โดยแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชของโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีจะรายงานผู้ป่วยสูตินรีเวชทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลทุกวันจนสิ้นสุดการคลอดหรือการรักษา และมีการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (non-stress test: NST)

ตั้งแต่แรกรับ (admission test) ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่รับไว้ในห้องคลอด ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยข้อมูลในรายงานการปรึกษาจะไม่ระบุชื่อหญิงตั้งครรภ์ และถูกจัดเก็บในระบบเวชระเบียนการส่งต่อของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ชุดที่ 2 ได้แก่แบบบันทึกการส่งต่อและข้อมูลหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาลพลหลพยุหเสนา ที่พัฒนาขึ้นผ่านระบบออนไลน์

ชุดที่ 3 แบบรายงานการเสียชีวิตของมารดา ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยและบันทึกการประชุม MCH board ของจังหวัดกาญจนบุรี

ชุดที่ 4 ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของสูตินรีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สูตินรีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดกาญจนบุรี และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวช ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุดมากปานกลางน้อยและน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบ OPOL TLCS

1.1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบ OPOL TLCS ในปีงบประมาณ 2564 โดยใช้แนวคิดแบบจำลองความล่าช้า 3 ระยะ (three delay model)[6] ได้แก่ ระยะความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับการดูแล (delay in decision to seek care) ระยะความล่าช้าในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม (delay in reaching health facility care) และระยะความล่าช้าในการได้รับการดูแลที่เหมาะสม (delay in receiving quality care)

1.2 นำไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลไทรโยค เนื่องจากป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ที่มีจำนวนผู้ป่วยทางสูตินรีเวชที่ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายมากที่สุด ไม่มีแพทย์เฉพาะทางในทุกสาขา และเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาโดยตรง ในเดือนมกราคม-มิถุนายน 2565 หลังจากทดลองใช้ระบบ OPOL TLCS ปรับแก้ไขรูปแบบเพิ่มเติมคือเพิ่มแบบบันทึกการรายงานข้อมูลผู้ป่วย โดยไม่ระบุชื่อผู้ป่วย และให้ข้อมูลทางสูตินรีเวชกรรมครอบคลุมและครบถ้วนขึ้นตามความเห็นของที่ประชุม MCH board จังหวัดกาญจนบุรี

2. นำระบบ OPOL TLCS ไปใช้จริงตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2565 โดยมอบหมายให้ทุกโรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางระบบ OPOL TLCS ในการประชุม MCH Board จังหวัดกาญจนบุรีซึ่งมีตัวแทนของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีเข้าร่วมประชุม

3. ติดตามผลการใช้ระบบ OPOL TLCS ดังนี้

3.1 การประชุมคณะทำงานประสานงานโครงการ (project coordination team: PCT) สูตินรีเวชกรรมของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา รวบรวมข้อมูลตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลกรมการแพทย์[6]

3.2 การประชุม MCH Board จังหวัดกาญจนบุรีปีละ 3 ครั้ง

3.3 การประชุมทบทวนการเสียชีวิตของมารดา (Maternal Morbidity Mortality conference: MMM conference) ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 5

3.4 การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการออกภาคสนามเพื่อศึกษาปัญหาในพื้นที่จริง

3.5 การประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

4. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของการใช้ระบบ OPOL TLCS เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบต่อไปเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 2021-33 (วันที่รับรอง 18 ตุลาคม 2564 - 18 ตุลาคม 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรอง EC.NO. 67/2567 (วันที่รับรอง 17 ธันวาคม 2567) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่สูตินรีแพทย์และแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี และลงชื่อในหนังสือการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล (informed consent form)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาระบบ OPOL TCLS จังหวัดกาญจนบุรีปีงบประมาณ 2564–2567 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบ OPOL TLCS

ในปีงบประมาณ 2564 พบมารดาไทยเสียชีวิตจำนวน 3 ราย เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด 1 ราย ภาวะครรภ์เป็นพิษ 1 ราย และภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นปอด (pulmonary embolism: PE) 1 ราย เมื่อทบทวนสาเหตุของมารดาเสียชีวิตในที่ประชุม MCH board ร่วมกับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของมารดา กรณีมารดาเสียชีวิตจาก PPH และ PIH พบว่ามี delay in decision to seeking care ปัจจัยด้านหญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักรู้และความเข้าใจ ได้แก่ ไม่ทราบว่าการตั้งครรภ์และตัวโรคจะส่งผลอย่างไรทำให้เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและล่าช้า อีกทั้งกังวลเรื่องค่ารักษาและสิทธิ์การรักษา delay in reaching health facility care ปัจจัยด้านหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ล่าช้า การส่งต่อมีปัญหาด้านการสื่อสาร การเดินทางที่ยากลำบาก สำหรับกรณี PE มี delay in receiving of quality care คือความล่าช้าของบุคลากรในการดูแลและระบบส่งต่อฉุกเฉิน รวมถึงทักษะความชำนาญของบุคลากรทางการแพทย์ การประเมินความเสี่ยง การล่าช้าในการวินิจฉัย ทั้งนี้ในขณะนั้นแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชในโรงพยาบาลชุมชนจะปรึกษาใน OPOL TLCS เมื่อพิจารณาว่าเกินศักยภาพแล้วเท่านั้น ไม่ได้ปรึกษาสูตินรีแพทย์ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษา อีกทั้ง ไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสูตินรีแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายใน

การรับปรึกษา OPOL TLCS ที่ชัดเจน การขาดแคลนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเหมาะสม และไม่มีคลังเลือดในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ไกลโรงพยาบาลเครือข่าย

จากปัญหาที่พบผู้ศึกษาได้พัฒนาปรับปรุงสร้างรูปแบบ OPOL TLCS ใหม่ดังแผนภูมิแสดงในภาคผนวก โดยนำปัญหาและข้อเสนอจากที่ประชุม และอ้างอิงจากคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์[(6)] มาออกแบบระบบโดยคณะกรรมการ PCT โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และทดลองใช้ (try out) ในเดือนมกราคม-มิถุนายน 2565 ที่โรงพยาบาลไทรโยค และปรับปรุงเพิ่มเติมจากที่พบปัญหาขาดผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและการรายงานผู้ป่วยทาง OPOL TLCS ไม่ครบถ้วน โดยจัดให้มีสูตินรีแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่รับผิดชอบรับปรึกษาอย่างชัดเจน และเพิ่มแบบรายงานผู้ป่วยสูติกรรมและนรีเวชกรรม

ขั้นตอนที่ 2 นำระบบ OPOL TLCS ไปใช้จริง

นำรูปแบบบริการระบบ OPOL TLCS ที่ได้พัฒนาเพิ่มเติมจากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 ตามแผนภูมิแสดงในภาคผนวก นำไปใช้ในปีงบประมาณ 2565 ดังนี้

- นำ OPOL TCLS เข้าที่ประชุม MCH board ในรูปแบบห้องคลอดมาตรฐาน (smart labor room: smart LR) คือทำ admission test ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่รับไว้ที่ห้องคลอด ใช้ถุงตวงเลือดในผู้คลอดทุกราย มีการประเมินสัญญาณเตือนการตกเลือดล่วงหน้า (early warning sign of PPH) จัดเตรียมชุดอุปกรณ์สำหรับภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH box) ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา
- ให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี รายงานผู้ป่วยสูตินรีเวชทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลทุกวันจนสิ้นสุดการรักษา โดยมีสูตินรีแพทย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนารับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง
- ให้มีการประเมิน (NST) ตั้งแต่แรกรับในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่รับไว้ในห้องคลอด
- แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถขอคำปรึกษาจากสูตินรีแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชที่มาตรวจรักษาและ/หรือฝากครรภ์โดยผ่านระบบ OPOL TLCS ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตามแผนภูมิ ในภาคผนวก
- จัดทำปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG) และภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวช 4 เรื่องคือ PPH, PIH, preterm และภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ โดยสูตินรีแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายและจาก MCH broad เขตสุขภาพที่ 5 ให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเปิดดูในกลุ่มไลน์ OPOL TCLS ได้
- จัดให้มีการประชุมทบทวนภาวะเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดา (MMM conference) ภายใน 7 วัน สำหรับกรณีมารดาเสียชีวิต โดยประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและคณะ MCH board เขตสุขภาพที่ 5
- เพิ่มศักยภาพแก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี คือ เพิ่มวิชาการในการประชุม MCH board ทุก 3 เดือน จัดประชุมวิชาการเตรียมทักษะหัตถการด้านสูตินรีเวช แก่ แพทย์ และพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพบริการงานสูตินรีเวช รวมถึงเพิ่มคลังสำรองเลือด โดยเพิ่มได้ 1 แห่งใช้ร่วมกัน 2 โรงพยาบาลในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลท่ากระดานและโรงพยาบาลศุกร์ศิริศรีสวัสดิ์ อำเภอศรีสวัสดิ์ มีเลือดสำรองหมู่เลือดโอไตเตอร์ต่ำ (group O low titer) จำนวน 2 ถุง โดยได้งบประมาณสนับสนุนจาก service plan ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เริ่มมีการสำรองเลือดในเดือนธันวาคม 2566

- พัฒนาปรับปรุงระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพรวดเร็ว ได้ข้อมูลครบถ้วน ลดขั้นตอนรอคอยที่ห้องฉุกเฉินด้วยการเพิ่มช่องทางเร่งด่วนโดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน (fast pass)

- พัฒนาแบบรายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ใน OPOL TCLS เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และรักษาความลับของผู้ป่วยโดยไม่ระบุชื่อผู้ป่วยในรายงานการรักษา

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลการใช้ระบบ OPOL TLCS

อัตราการเกิดมีชีพของทารกในจังหวัดกาญจนบุรีระหว่างปีงบประมาณ 2564-2567 พบว่าอัตราการเกิดมีชีพมีแนวโน้มลดลงจาก 5,356 คน ในปีงบประมาณ 2564 เหลือ 4,228 คน ในปีงบประมาณ 2567

มารดาเสียชีวิตระหว่างปีงบประมาณ 2564-2567 ทั้งหมด 9 ราย (ตารางที่ 1) โดยพบว่าก่อนใช้ระบบฯ (ปีงบประมาณ 2564) เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้จำนวน 3 ราย คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์และ PE สาเหตุละ 1 คน หลังใช้ระบบฯ พบว่า ในปี 2565 มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบมารดาเสียชีวิต 1 รายจากโรคโควิด 19 และการตั้งครรภ์นอกมดลูก 1 ราย ในปีงบประมาณ 2566 มีมารดาเสียชีวิต 2 ราย จากภาวะครรภ์เป็นพิษและ PE ในปีงบประมาณ 2567 มีมารดาเสียชีวิต 2 ราย จากโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ ปอดอักเสบจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์บี (influenza B pneumonia) และโรคเอดส์ (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS)

ตารางที่ 1 มารดาเสียชีวิตของจังหวัดกาญจนบุรี ก่อนใช้และหลังใช้ระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS) ปีงบประมาณ 2564-2567

โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต	ก่อนใช้ OPOL TLCS	หลังใช้ OPOL TLCS		
	2564	2565	2566	2567
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
Postpartum hemorrhage(PPH)	1	0	0	0
Pregnancy induced hypertension(PIH)	1	0	1	0
Ectopic pregnancy	0	1	0	0
COVID-19	0	1	0	0
Pulmonary embolism (PE)	1	0	1	0
Influenza B pneumonia	0	0	0	1
AIDS	0	0	0	1
รวม	**3**	**2**	**2**	**2**

การรับส่งต่อผู้ป่วยของหอผู้ป่วยสูตินรีเวชและห้องคลอดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี ผ่านระบบ OPOL TCLS (ตารางที่ 2) พบว่าผู้ป่วยแผนกสูติกรรมมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องจาก 266 ราย ในปี 2564 เหลือ 206 ราย ในปี 2567 การส่งต่อผู้ป่วย PPH ลดลงจาก 19 ราย ในปีงบประมาณ 2564 เหลือ 8 ราย ในปีงบประมาณ 2567 (ลดลงร้อยละ 57.89) ส่วน PIH มีแนวโน้มลดลงจาก 33 และ 42 ราย ในปี 2564 และ 2566 เหลือ 25 ราย ในปีงบประมาณ 2567 (ลดลง

ร้อยละ 40.48) หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติผ่าตัดคลอดครรภ์ก่อน (previous cesarean section) เพิ่มขึ้นจาก 9 ราย ในปีงบประมาณ 2564 เป็น 13 ราย ในปีงบประมาณ 2567 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 44.44) ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (fetal distress) ลดลงต่อเนื่องจาก 28 ราย ในปีงบประมาณ 2564 เป็น 14 ราย ในปีงบประมาณ 2567 (ลดลงร้อยละ 50.00) ภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion: CPD) ลดลงจาก 59 และ 35 ราย ในปีงบประมาณ 2564 และ 2566 เป็น 49 ราย ในปีงบประมาณ 2567 (ร้อยละ 16.95)

ตารางที่ 2 การรับส่งต่อผู้ป่วยของหอผู้ป่วยสูตินรีเวชและห้องคลอดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาผ่านระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS)

หอผู้ป่วย	ก่อนใช้ OPOL TLCS		หลังใช้ OPOL TLCS					
	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566		ปี 2567	
นรีเวชกรรม, ราย (ร้อยละ)	80		81		91		33	
- Ectopic pregnancy	30	(37.50)	17	(20.99)	38	(41.76)	16	(48.48)
- Abortion	11	(13.75)	4	(4.94)	9	(9.89)	4	(12.12)
- อื่นๆ	39	(48.75)	60	(74.07)	44	(48.35)	13	(39.39)
สูติกรรม, ราย (ร้อยละ)	266		262		228		206	
- Postpartum hemorrhage	19	(7.14)	21	(8.02)	18	(7.89)	8	(3.88)
- Pregnancy induced hypertension	33	(12.41)	32	(12.21)	42	(18.42)	25	(12.14)
- Previous cesarean section	9	(3.38)	9	(3.44)	8	(3.51)	13	(6.31)
- Fetal distress	28	(10.53)	20	(7.63)	26	(11.40)	14	(6.80)
- Cephalopelvic disproportion	59	(22.18)	56	(21.37)	35	(15.35)	49	(23.79)
- Preterm pregnancy	57	(21.43)	72	(27.48)	21	(9.21)	54	(26.21)
- Abnormal presentation	6	(2.26)	15	(5.73)	13	(5.70)	10	(4.85)
- Premature ruptured of membrane	18	(6.77)	1	(0.38)	17	(7.46)	15	(7.28)
- Post term pregnancy	5	(1.88)	7	(2.67)	5	(2.19)	6	(2.91)
- COVID-19	4	(1.50)	16	(6.11)	6	(2.63)	1	(0.49)
- Medical condition	4	(1.50)	4	(1.53)	0	(0.00)	6	(2.91)
- อื่นๆ	24	(9.02)	13	(4.96)	37	(16.23)	5	(2.43)

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของการใช้ระบบ OPOL TLCS

ปีงบประมาณ 2565 มีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต 2 ราย จากการตั้งครรภ์นอกมดลูกและ โรคโควิด 19 ได้ทบทวนและปรับเพิ่มการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายต้องได้รับการตรวจยืนยันการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) ในกรณีตั้งครรภ์และติดเชื้อโควิด 19 ให้การดูแลแบบ

สหสาขาตาม CPG กรมการแพทย์และราชวิทยาลัยสูตินรีเวช จัดหายาและการจัดการเตียงในหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit: ICU) ให้หญิงตั้งครรภ์เป็นกรณีพิเศษ (first priority) เมื่อมีภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure)

ปีงบประมาณ 2566 พบมารดาเสียชีวิต 2 ราย รายแรกมีสาเหตุจากภาวะครรภ์เป็นพิษ จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเอสแอลอี (systemic lupus erythematosus: SLE) ระยะโรคไม่สงบและปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (HELLP syndrome) เสียชีวิตที่โรงพยาบาลเครือข่าย โดยขาดการประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย สำหรับรายที่ 2 เสียชีวิตที่บ้าน แพทย์ให้การวินิจฉัย PE และส่งตรวจชัณสูตร การวินิจฉัยเป็นภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นปอดจากการทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ MCH board เขตสุขภาพที่ 5 เนื่องจากผู้ป่วยมีหัตถการการเจาะตรวจน้ำคร่ำเพื่อคัดกรองทางโครโมโซม ควรจัดทำข้อปฏิบัติตัวหลังหัตถการทางสูติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง

ปีงบประมาณ 2567 พบมารดาเสียชีวิต 2 ราย จาก influenza B pneumonia และผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งเป็นสาเหตุทางอ้อม

ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบบริการระบบ OPOL TLCS จากการเยี่ยมเสริมพลัง การประชุมมารดาเสียชีวิตและการประชุม MCH board พบว่า ปัญหางบประมาณจัดหาครุภัณฑ์และยา การติดตามงานฝากครรภ์ของระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เปลี่ยนแปลงระบบ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพลดลง และปัญหาการขาดแคลนแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนทำให้ขาดการต่อเนื่องในการใช้ระบบ OPOL TLCS เนื่องจากการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งใช้วิธีการประชุม MCH board แจ้งความมีอยู่ของระบบ OPOL TLCS เพียงช่องทางเดียว

ความพึงพอใจของสูตินรีแพทย์และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชต่อการใช้ระบบ OPOL TLCS พบว่าแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม 69 คน แบ่งเป็นแพทย์ใช้ทุนรวม 52 คน และสูตินรีแพทย์ 10 คน (ตารางที่ 4) มีความพึงพอใจต่อระบบ OPOL TCLS ในระดับมากถึงมากที่สุด (ระดับ 4-5 คะแนน) ร้อยละ 98.11 คะแนนเฉลี่ย 4.13 คะแนน (SD=0.34) จำแนกตามหัวข้อการประเมินพบว่ามีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาของสูตินรีแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายมากที่สุดเฉลี่ย 4.52 คะแนน (SD=0.53) และมีความพึงพอใจต่อขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยทางสูตินรีเวชน้อยที่สุดเฉลี่ย 3.43 คะแนน (SD=0.56) (ตารางที่ 5) ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่าขั้นตอนการส่งต่อมีความซับซ้อน เช่น ในการประสานงานส่งต่อ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนต้องรายงานข้อมูลชุดเดิมหลายฝ่าย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนแพทย์ที่ใช้ระบบระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS) ในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามสาขาและประสบการณ์การทำงาน

ผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์ใช้ทุน ปีที่ 1	9	13.03
แพทย์ใช้ทุน ปีที่ 2	20	28.99
แพทย์ใช้ทุน ปีที่ 3	10	14.49

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนแพทย์ที่ใช้ระบบระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS) ในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามสาขาและประสบการณ์การทำงาน (ต่อ)

ผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์ใช้ทุน ปีที่ 4	1	1.45
แพทย์ใช้ทุน ปีที่ 5	2	2.90
แพทย์ใช้ทุน มากกว่า 5 ปี	10	14.49
สูตินรีแพทย์	10	14.49
แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น	7	10.15
รวม	**69**	**100**

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของแพทย์ที่ใช้ระบบระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS) ในจังหวัดกาญจนบุรี

หัวข้อการประเมิน	คะแนนความพอใจเฉลี่ย	SD
การให้คำปรึกษาของสูตินรีแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย	4.52	0.53
การปรึกษาผู้ป่วยสูตินรีเวชผ่านระบบOPOL TLCS	4.43	0.57
ระยะเวลาในการรายงานผู้ป่วยที่กำหนดไว้	4.43	0.73
การฝึกทักษะเพิ่มเติมทางสูตินรีเวชกรรม	4.20	0.61
รูปแบบการรายงานผู้ป่วยในกลุ่มไลน์ OPOL TLCS	3.77	0.62
ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยทางสูตินรีเวช	3.43	0.56
รวม	**4.13**	**0.34**

อภิปราย

การเสียชีวิตของมารดาเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและประเทศไทย โดยจังหวัดกาญจนบุรีมีอัตรามารดาเสียชีวิตสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีสาเหตุหลักได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงและโรคประจำตัวของมารดาซึ่งเป็นสาเหตุโดยอ้อม นอกจากนี้ ภูมิศาสตร์ของจังหวัดกาญจนบุรีทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์มีข้อจำกัด เพื่อแก้ปัญหานี้กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโครงการ OPOL ตั้งแต่ปี 2558 โดยจัดให้โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดทำงานร่วมกันเสมือนเป็นห้องคลอดเดียวกัน และใช้ TLCS เพื่อให้แพทย์สามารถปรึกษากันได้แบบทันทีและเป็นปัจจุบัน (real time) ในปีงบประมาณ 2564 การเสียชีวิตของมารดายังคงสูงจากสาเหตุที่ป้องกันได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมารดาเสียชีวิตตาม Three Delay Model[7] พบว่าเกิดจาก delay in decision to seeking care หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักรู้และความเข้าใจทำให้เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและล่าช้า อีกทั้งกังวลเรื่องค่ารักษาและสิทธิ์การรักษา delay in reaching health facility care ฝากครรภ์ล่าช้า การส่งต่อมีปัญหาด้านการสื่อสาร การเดินทางที่ยากลำบาก และ delay in receiving of quality care หลังจากการนำระบบ OPOL TCLS มาพัฒนาปรับรูปแบบ โดยใช้เครื่องมือและกำกับดูแลตามรูปแบบการศึกษานี้มาใช้ในปีงบประมาณ 2565

จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและสูตินรีแพทย์โดยกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยแบบมีสูตินรีแพทย์ติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนตลอด 24 ชั่วโมง ปรับระบบการรายงานผู้ป่วยสูตินรีเวชทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาลชุมชนผ่านระบบ OPOL TLCS รวมถึงเน้นการพัฒนาศักยภาพของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์แล้วพบว่าการเสียชีวิตของมารดาจากโรคที่เป็นสาเหตุโดยตรงของการตั้งครรภ์ลดลงในปีงบประมาณ 2566–2567 เช่นเดียวกับการศึกษาของจารุวรรณ เย็นเสมอ[8] แต่การเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุโดยอ้อมยังคงสูง เป็นที่น่าสังเกตจากการศึกษานี้ ซึ่งพบว่าการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุมากกว่า 35 ปีมีจำนวนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การจัดให้มีหัวข้อติดตามการดูแลผู้ป่วยทางสูตินรีเวชในการประชุม MCH board ทำให้สามารถระบุปัญหาและจัดหาแนวทางพัฒนาได้รวดเร็วและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัดมากขึ้น

สำหรับการนำระบบ OPOL TLCS ไปใช้จริง พบว่าแพทย์มีความพึงพอใจในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ แต่ขั้นตอนการส่งต่อข้อมูลระหว่างศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนมีความซ้ำซ้อนเช่นเดียวกับการศึกษาระบบการส่งต่อมีความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานหลายระดับตั้งแต่การตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์การสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ การมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันและการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ป่วย[9] การใช้ระบบ OPOL TCLS ของการศึกษานี้ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจส่งต่อได้รวดเร็ว ลดความล่าช้าในด้านบุคคลากรลงได้ ยังคงต้องมีการศึกษาและพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อลดการส่งต่อข้อมูลลดความซับซ้อนในภาพรวมของระบบส่งต่อ อีกทั้งจะพบว่าผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลรักษาโดยรับไว้ในโรงพยาบาลลูกข่ายได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ผ่าน OPOL TLCS ลดการเดินทางที่ไกล และลดค่าใช้จ่ายได้ การศึกษาของโรงพยาบาลสุรินทร์[10] พบว่าการนำ OPOL TLCS มาใช้ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตมารดาได้ โดยการบูรณาการร่วมกันในทุกระดับของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จึงควรพิจารณานำมาศึกษาต่อไป

สรุปผล

การใช้ระบบ OPOL TLCS ที่ได้มีการพัฒนาระบบร่วมกันและกำกับดูแลโดยแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนและสูตินรีแพทย์ ที่ชัดเจน สามารถลดการเสียชีวิตของมารดาจากโรคทางตรงได้เมื่อเปรียบเทียบก่อนปีงบประมาณ 2564 ไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนของสูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายและไม่ได้กำหนดให้แพทย์โรงพยาบาลลูกข่ายรายงานผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาล ทำให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ล่าช้า แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดายังไม่ลดลง การพัฒนาระบบปรึกษาและส่งต่อควรมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาการใช้ระบบ OPOL TLCS เพิ่มเติมในส่วนของการให้บริการการดูแลฝากครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงโดย สหสาขาวิชาชีพ อาจช่วยลดสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยเป้าหมายเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดาในทุกสาเหตุรวมถึงการศึกษาการพัฒนาระบบการส่งต่อ

ภายในจังหวัด (One Province One Hospital) เพื่อลดขั้นตอน ความซ้ำซ้อน และข้อผิดพลาดในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างสะดวกรวดเร็ว และปลอดภัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิข้าราชการบำนาญที่ปรึกษากรมการแพทย์แพทย์หญิงนวลพรรณ แทนม้วน สูติแพทย์เชี่ยวชาญ รองประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 5 และนายแพทย์กฤษดา วุธยากร นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ร่วมเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการศึกษา และขอขอบพระคุณนางพณิฏฏา พวงชมพูพิศาล ที่ตรวจสอบรูปแบบการศึกษาและสถิติการวิจัย

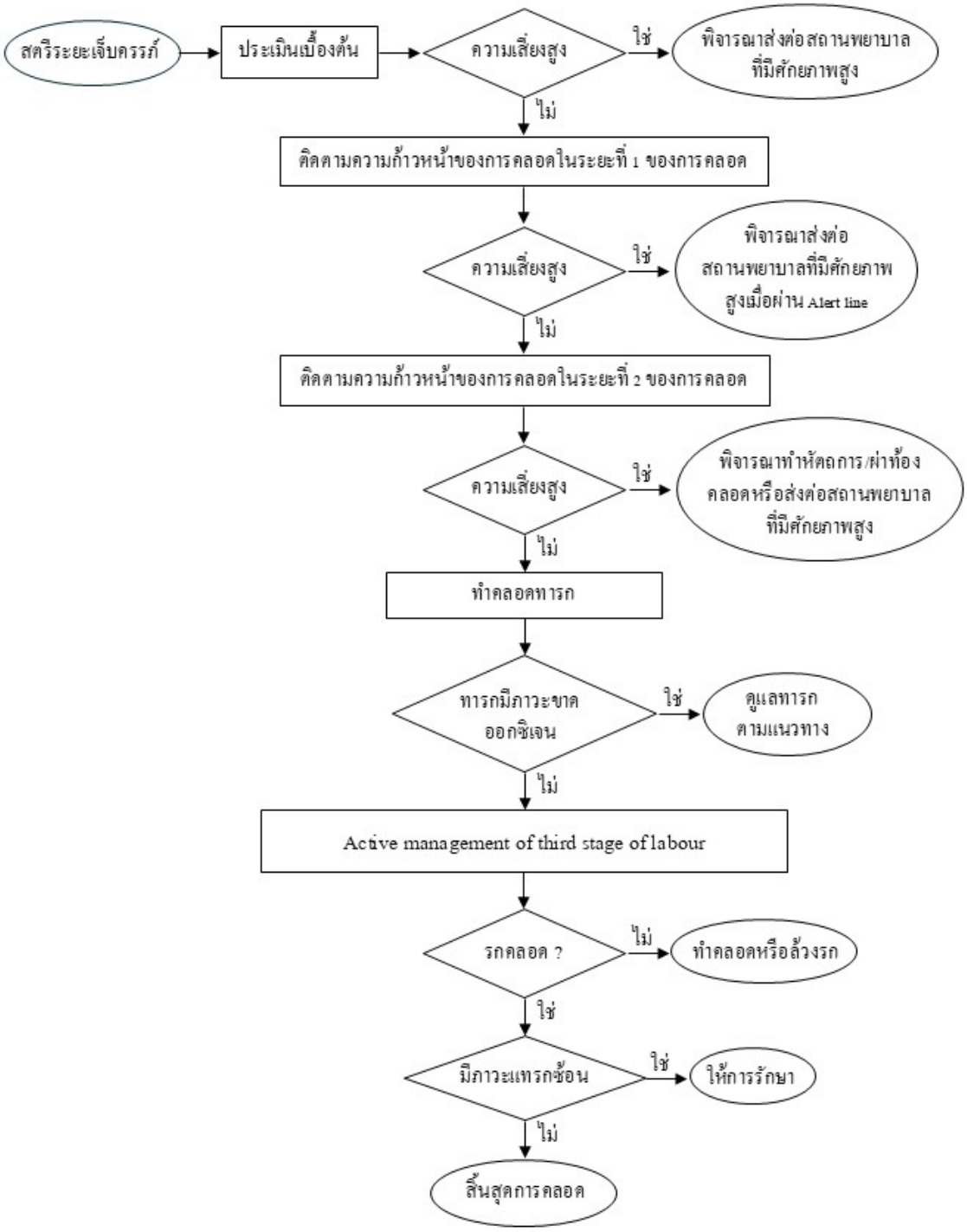
เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Trends in Maternal mortality 2000 to 2020 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/population division. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.รายงานสถานการณ์การเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th
3. กรมอนามัย.รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังการเสียชีวิตของมารดาในเขตสุขภาพที่ 1–12, ปี 2565–2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternalmortalityratio/download?id=103167&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=30671
4. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พ.ศ. 2558–2567: Service Plan Roadmap ที่ 6 แม่และเด็ก. นนทบุรี: โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา; 2558.
5. Borg WR, Gall MD. Educational research: an introduction. 4th ed. New York: Longman; 1983.
6. กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2560.
7. Calvello EJ, Skog AP, Tenner AG, Wallis LA. Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health. Bull World Health Organ 2015,93: 417-23.
8. จารุวรรณเย็นเสมอ. การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันเพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):143–59.
9. Thangkratok P. Patient referral systems: key processes of health services management. J Med Health sci 2018; 25(3): 109-21.
10. อังคาร ตรีนิติ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพมารดาตามแนวคิด One Province One Labor Room เพื่อลดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาจากสาเหตุทางตรงและทางอ้อม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2567;41(4):396-405.

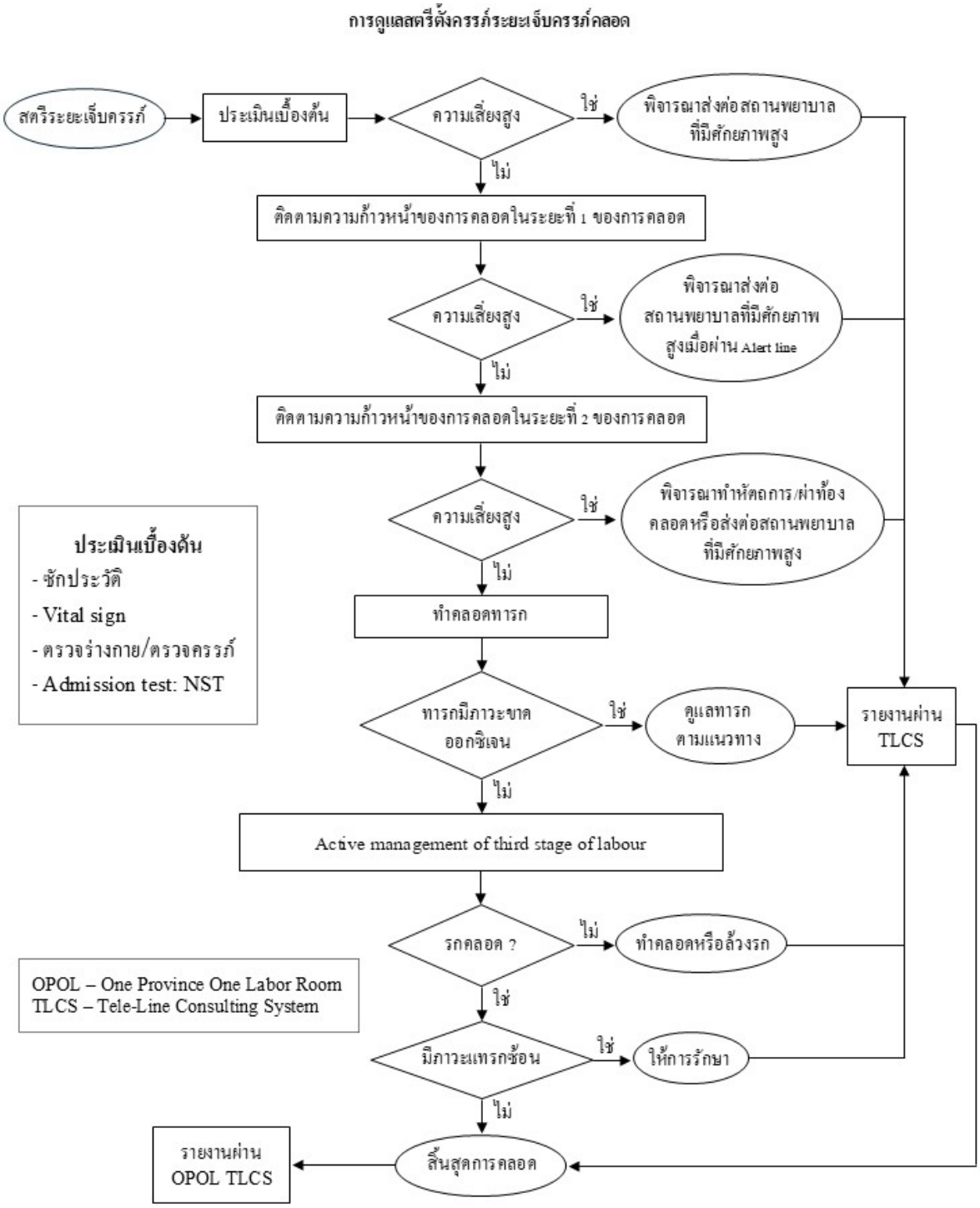
ภาคผนวก

รูปแบบการดูแลห้องคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการใช้ระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS)

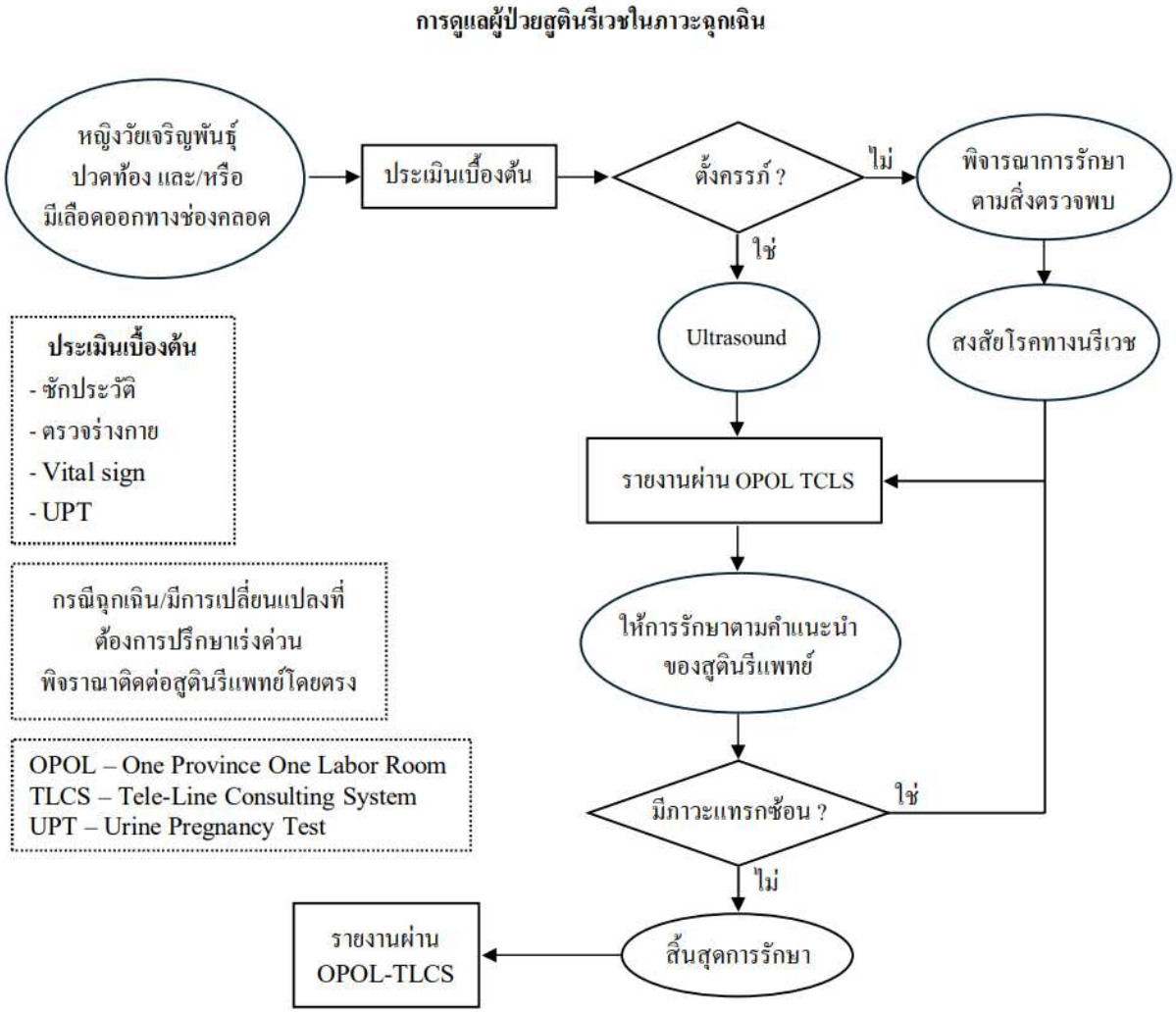
การดูแลสตรีตั้งครรภ์ระยะเจ็บครรภ์คลอด



รูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ด้วยระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS)



รูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ด้วยระบบเครือข่ายห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด (OPOL) โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (TLCS) กรณีภาวะฉุกเฉิน



Phaholpolpayuhasena Hospital Journal (PPHJ)
วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

Effectiveness of Promoting Triage Knowledge and Skills Program on Registered Nurses in Emergency Department, Ratchaburi Hospital

กุลภัทร์ กลิ่นหอม พ.บ., วว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน[1*]

Kulapat Klinhom, M.D., Dip. Thai board of Emergency Medicine[1*]

[1]กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี จ.ราชบุรี 70000

[1]Emergency Department, Ratchaburi hospital, Ratchaburi 70000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): cyber_porm@hotmail.com

Received: 17 February 2025 Revised: 24 April 2025 Accepted: 29 April 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษากึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง ในพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 37 คน โดยการให้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย 2 ครั้ง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2567 ถึง 15 มกราคม 2568 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบวิลคอกซัน

ผลการวิจัย: ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุเฉลี่ย 35.41 ปี (SD=10.86) มีประสบการณ์ในการอบรมเฉพาะทางพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้อยละ 37.84 มีประสบการณ์ในการได้รับการอบรมการคัดแยกร้อยละ 59.46 หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้เข้าร่วมการวิจัยคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.38 คัดแยกเกินกว่าความจริงลดลงเป็นร้อยละ 17.03 และคัดแยกต่ำกว่าความจริงลดลงเป็นร้อยละ 12.59 เปรียบเทียบความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (35.19 ± 4.20 และ 22.35 ± 3.68; $p<0.001$)

สรุปผล: โปรแกรมฯ นี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกให้กับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, คัดแยก, ฉุกเฉิน, พยาบาล, ส่งเสริม

Abstract

Objectives: To study the effectiveness of a promoting triage knowledge and skills program on registered nurses in Emergency Department.

Methods: A quasi-experimental, one-group pretest-posttest study was conducted. The study involved 37 professional nurses working in the Emergency Department of Ratchaburi Hospital. Participants received a promoting triage knowledge and skills program delivered in two sessions between December 15, 2024, and January 15, 2025. Data was collected using a knowledge and skill assessment tool based on the Emergency Severity Index. Data was analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The mean age of the participants was 35.41 years (SD = 10.86). Of these, 37.84% had specialized training in emergency nursing, and 59.46% had prior triage training. Following the program, the percentage of correct patient triage by the participants increased to 70.38%. Over-triage decreased to 17.03%, and under-triage decreased to 12.59%. A statistically significant improvement in the knowledge and skills in patient triage of nurses was observed after the program compared to before the program (35.19 ± 4.20 and 22.35 ± 3.68; $p < 0.001$).

Conclusion: The program was effective in enhancing the knowledge and triage skills of registered nurses in the Emergency Department, improving their ability to correctly triage patients.

Keywords: knowledge, triage, emergency, nurse, promotion

บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งต้องการความช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการประเมินและการรักษาที่เร่งด่วนทันที บุคลากรหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องประเมิน ดูแล แก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นที่ดีใช้ระยะเวลาน้อยที่สุด[1] ดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและทันท่วงทีจึงจะช่วยลดผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ไม่ดี[2] ดังนั้นการใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยหรือการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยตามสถานะทางคลินิกในแต่ระดับความรุนแรง จะช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด[1]

ในปี 2561 กระทรวงสาธารณสุขนำระบบการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศสหรัฐอเมริกา[3] มาปรับปรุงใช้เป็นแนวทางการคัดแยกของประเทศไทย (MOPH ED. Triage) โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) คือระดับที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ระดับที่ 2 เป็นผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ต่อจากระดับ 1 ส่วนระดับที่ 3, 4 และ 5 เป็นผู้ป่วยที่มี

ความฉุกเฉินเร่งด่วนน้อยลงมาตามลำดับ[3] ดังนั้นจึงต้องค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะตามภาวะเร่งด่วน โดยกำหนดให้อัตราการคัดแยกที่ประเมินระดับความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริง (undertriage) น้อยกว่าร้อยละ 5 ส่วนอัตราการคัดแยกที่ประเมินความรุนแรงสูงกว่าความเป็นจริง (overtriage) น้อยกว่าร้อยละ 15 ซึ่งการประเมินที่ต่ำกว่าหรือเกินความเป็นจริงนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน

ผลกระทบการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริง อาจทำให้อาการผู้ป่วยทรุดลงบางครั้งอาจรุนแรงถึงระดับที่คุกคามชีวิต ใช้เวลาดูแลที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนาน ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งในต่างประเทศพบว่า การคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงร้อยละ 17.00 ทำให้ต้องใช้เวลาดูแลที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนาน 92 นาที[4] ส่วนการคัดแยกเกินความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขาดโอกาสการได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[5] ส่วนการคัดแยกที่ถูกต้องแม่นยำ (accuracy triage) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น[6]

สำหรับบริบทในประเทศไทยส่วนใหญ่พยาบาลเป็นผู้ที่ให้บริการด่านแรกทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย และจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคมทำให้พยาบาลต้องรับมือกับความซับซ้อนที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในการคัดแยกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องแม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและการเข้าถึงการดูแลในแผนกนี้อย่างทันท่วงที พยาบาลหน่วยงานนี้จึงต้องคัดเลือกผู้ที่มีประสบการณ์สูง การศึกษาต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพัฒนาวิชาชีพนี้และการส่งเสริมสนับสนุนการศึกษา การอบรมเฉพาะทางด้านนี้อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการคัดแยกอย่างถูกต้องแม่นยำได้อย่างรวดเร็ว[7]

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ให้บริการรับดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยในเวลาราชการจะรับบริการเฉพาะผู้ป่วยระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3 ส่วนนอกเวลาราชการจะให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ โดยที่พยาบาลเป็นผู้มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย จากข้อมูลในปี 2566 พบว่าข้อมูลการคัดแยกยังเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมาย โดยพบการคัดแยกที่สูงกว่าความเป็นจริงสูงถึงร้อยละ 23.45 ซึ่งส่งผลกระทบทำให้เกิดต้นทุนการรักษาที่สูง มีการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น ส่วนข้อมูลการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงพบร้อยละ 15.34 จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านบุคลากรพบว่า มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของบุคลากรคือพยาบาลประจำหน่วยงานมีทั้งหมด 43 คน ได้แก่ พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 34.88 พยาบาลที่มีประสบการณ์สูง (expert) ร้อยละ 13.95 และพยาบาลระดับอื่น ๆ ร้อยละ 51.16 ซึ่งอาจมีผลต่อความแม่นยำในการคัดแยกที่ยังเกินเกณฑ์ที่กำหนด

จากข้อจำกัดด้านคุณสมบัติที่เหมาะสมของพยาบาลสภาพที่ผ่านมา โรงพยาบาลมีแนวทางการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์โดยรุ่นพี่สอนรุ่นน้องในระหว่างปฏิบัติงานซึ่งการคัดแยกมีโอกาสที่จะผิดพลาดสูง[8] ส่วนการส่งบุคลากรเข้าอบรมเฉพาะด้านจากสถาบันภายนอกมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ กำลังคน ทำให้พยาบาลส่วนหนึ่งยังไม่ผ่านการอบรมและยังต้องปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย จึงอาจส่งผลกระทบกับ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยดังที่กล่าวมา สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยให้กับพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยก ร่วมกับการฝึกทักษะการประเมินระดับความรุนแรงตามสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงเหตุการณ์จริงโดยการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ที่เป็นการให้ความรู้ผ่านการปฏิบัติจริงในการฝึกการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตอาการทางคลินิกและสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงที่เร่งด่วนในสถานการณ์ที่คาดเดาได้ยาก รวมถึงให้พยาบาลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และการสนับสนุนคู่มือแบบออนไลน์เป็นการเรียนรู้แบบใหม่ จะช่วยเพิ่มความรู้และทักษะจะช่วยให้พยาบาลจดจำได้เป็นอย่างดี [9,10] สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจคัดแยกได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน และส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ดี[11] เช่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหลังการส่งเสริมให้ความรู้และการฝึกทักษะ การคัดแยก ทำให้ความรู้และทักษะของพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และเพิ่มทักษะในการคัดแยกให้กับพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ ถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูและตามมาตรฐาน จะช่วยให้ผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ดีเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาร้อยละความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ก่อนและหลังการให้โปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ก่อนและหลังการให้โปรแกรมฯ

สมมติฐาน

1. ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี หลังการให้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี หลังการให้โปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest-posttest design) ดำเนินการในวันที่ 15 ธันวาคม 2567 - 15 มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2567 - 15 มกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2567 - 15 มกราคม 2568

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรกำหนดขนาดตัวอย่างของ Yamane T.[12] กำหนดค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 จากจำนวนประชากร 43 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 39 คน กลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการศึกษา จำนวน 2 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษา จำนวน 37 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี และปฏิบัติกิจกรรมในการคัดแยกผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2567 - 15 มกราคม 2568 ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ 1) อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 2) ย้ายออกจากพื้นที่การศึกษา และ 3) เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้และกิจกรรมการฝึกทักษะการคัดแยกไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย **1) การส่งเสริมความรู้** โดยการบรรยายด้วยสื่อการเรียนการสอนเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage และใช้สื่อรูปภาพประกอบการสอน อธิบายแนวทางการคัดแยก เกณฑ์การให้คะแนนในการคัดแยกผู้ป่วยทั้ง 5 ระดับ ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ซึ่งใช้ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ **2) การฝึกทักษะการประเมินระดับความรุนแรง** ตามสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงเหตุการณ์จริงทางคลินิก ทั้งการประเมินทางกายภาพและทางคลินิก โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่เป็นการให้ความรู้ผ่านการปฏิบัติจริง ในการฝึกการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตอาการทางคลินิกและสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงที่เร่งด่วนในสถานการณ์ที่คาดเดาได้ยาก **3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน** โดยการนำสถานการณ์จริงที่พบปัญหาระหว่างการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน **4) การสนับสนุนคู่มือการคัดแยกผู้ป่วย**แบบออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบวัดความรู้และทักษะในการแยกผู้ป่วย ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับ จำนวน 50 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมาประกอบในการจัดสร้างเครื่องมือ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับ โดยแบ่งเป็นระดับที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 จำนวน 6, 19, 7, 8 และ 10 ข้อตามลำดับ จำนวนข้อตามสัดส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการจริง เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกคือตอบตรงกับดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และถ้าตอบต่ำกว่าระดับความเป็นจริง และหรือตอบสูงกว่าความเป็นจริง ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ระดับสูง (40 - 50 คะแนน) ระดับปานกลาง (30 - 39 คะแนน) และระดับต่ำ (ต่ำกว่า 30 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบวัดความรู้และทักษะฯ โดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.91 หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร จำนวน 15 คน คำนวณค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยพร้อมกับการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างให้ทำแบบทดสอบความรู้และทักษะการแยกผู้ป่วย (pretest) จำนวน 50 ข้อ

2. ผู้วิจัยสำรวจความต้องการของพยาบาลและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และรับการฝึกทักษะ จำนวน 2 รุ่น ๆ ละ 1 วัน รุ่นที่ 1 จำนวน 20 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 17 คน โดยมีขั้นตอนการอบรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. TRIAGE โดยการบรรยายด้วยสื่อการเรียนการสอนเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. TRIAGE และใช้สื่อรูปภาพประกอบการสอน อธิบายแนวทางการคัดแยก เกณฑ์การให้คะแนนในการคัดแยกผู้ป่วยทั้ง 5 ระดับ ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ซึ่งให้พิจารณาตามความเร่งด่วนในการให้ความช่วยเหลือร่วมกับการใช้ทรัพยากร ในการคัดแยกผู้ป่วยโดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเพื่อคัดแยกผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ดังนี้

ระดับที่ 1 พิจารณาความเร่งด่วนในการรักษาโดยเฉพาะการช่วยชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที ไม่สามารถรอได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องทำ cardiopulmonary resuscitation (CPR), ใส่ endotracheal tube (ET tube), ใส่ intercostal drain (ICD), มี Glasgow Coma Scale (GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8, oxygen saturation <90%, life-threatening arrhythmia, shock, apnea และชัก เป็นต้น

ระดับที่ 2 พิจารณาความเร่งด่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วย มีอาการเสี่ยง ซึม ปวดมาก

ระดับที่ 3 ประเมินแนวโน้มความต้องการทำกิจกรรม คือมีการใช้ทรัพยากรมากกว่า 1 อย่าง ร่วมกับมีสัญญาณชีพที่ปกติตามเกณฑ์อายุ

ระดับที่ 4 มีการใช้ทรัพยากร 1 อย่าง

ระดับที่ 5 เป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการตรวจทั่วไป ยังไม่มีความต้องการในการใช้ทรัพยากร ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพัก 30 นาที

ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. TRIAGE ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้นำสถานการณ์จำลองตามกลุ่มโรค

ที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลราชบุรี นำสถานการณ์จำลองของแต่ละสถานการณ์มาอธิบายทบทวนซ้ำเกี่ยวกับลักษณะอาการและอาการแสดง ความเร่งด่วนในการช่วยชีวิตและการช่วยเหลือ ระดับของ oxygen saturation ภาวะ shock, apnea และชัก ร่วมกับความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังอธิบายเหตุและผลของแต่ละสถานการณ์ในการคัดแยกผู้ป่วยทั้ง 5 ระดับ นอกจากนี้ยังให้พยาบาลฝึกทักษะการคัดแยกตามสถานการณ์จำลองนั้น ๆ ร่วมกับเปิดโอกาสให้พยาบาลสามารถซักถามข้อสงสัย และหรือนำสถานการณ์จากประสบการณ์จริงของพยาบาลแต่ละคนมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จากนั้นแนะนำกลุ่มตัวอย่างในการใช้คู่มือการคัดแยกผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรง ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

3. หลังจากเสร็จสิ้นการอบรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และทักษะการแยกผู้ป่วย (posttest) จำนวน 50 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 21 ลิขสิทธิ์ของ ศูนย์ฝึกอบรม และแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัย ที่ 5 ราชบุรี ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ โดยนำข้อมูลจากแบบวัดความรู้และทักษะของพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ มาวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้คือ คัดแยกถูกต้อง คัดแยกไม่ถูกต้อง คัดแยกสูงกว่าระดับความเป็นจริง และคัดแยกต่ำกว่าระดับความเป็นจริง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และทักษะในการแยกผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed rank test)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี หนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC066/2024 วันที่รับรอง 3 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอายุ 35.41 ปี (SD=10.86) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.68 กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์ในการอบรมเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงถึงร้อยละ 62.16 ส่วนผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการอบรมเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเพียงร้อยละ 37.84 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย พบร้อยละ 59.46 ส่วนที่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย พบร้อยละ 40.54 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=37)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี, Mean±SD)	35.41±10.86 (พิสัย 24-59)
เพศ	
หญิง	28 (75.68)
ชาย	9 (24.32)
ประสบการณ์การได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
เคย	14 (37.84)
ไม่เคย	23 (62.16)
ประสบการณ์การได้รับการอบรมดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI)	
เคย	22 (59.46)
ไม่เคย	15 (40.54)

ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องร้อยละ 44.70 และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.38 (ตารางที่ 2)

เมื่อจำแนกข้อที่คัดแยกไม่ถูกต้องตามตามระดับ ESI พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าระดับความเป็นจริงร้อยละ 30.49 และการคัดแยกที่ต่ำกว่าระดับความเป็นจริงร้อยละ 24.81 ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าระดับความเป็นจริงลดลงเป็นร้อยละ 17.03 และการคัดแยกที่ต่ำกว่าระดับความเป็นจริงลดลงเป็นร้อยละ 12.59 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ จำแนกเป็นจำนวนครั้งของการคัดแยก

ผลการคัดแยกผู้ป่วย	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ	
	จำนวนข้อ[a]	ร้อยละ	จำนวนข้อ[a]	ร้อยละ
1. คัดแยกถูกต้อง	827	44.70	1,302	70.38
2. คัดแยกไม่ถูกต้อง	1,023	55.30	548	29.62
- สูงกว่าระดับความเป็นจริง	564	30.49	315	17.03
- ต่ำกว่าระดับความเป็นจริง	459	24.81	233	12.59

หมายเหตุ: [a]ผู้เข้าร่วมวิจัย 37 คน ทำแบบวัดความรู้และทักษะในการแยกผู้ป่วยจำนวน 50 ข้อ รวม 1,850 ข้อ

ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยเฉลี่ย 22.35 คะแนน (SD=3.68) อยู่ในระดับต่ำ และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 35.19 คะแนน (SD=4.20) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=37)

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ			หลังได้รับโปรแกรมฯ			z	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
ระดับความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย	22.35	3.68	ต่ำ	35.19	4.20	ปานกลาง	-5.235	<0.001

อภิปราย

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้ 2) การฝึกทักษะการประเมินระดับความรุนแรงตามสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงเหตุการณ์จริง 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และ 4) การสนับสนุนคู่มือการคัดแยกผู้ป่วย จากการศึกษาแสดง ให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ดีของโปรแกรมฯ ดังนี้

1. ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการให้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น การคัดแยกสูงกว่าระดับความเป็นจริงลดลงจากร้อยละ 30.49 เหลือเพียงร้อยละ 17.03 และการคัดแยกที่ต่ำกว่าระดับความเป็นจริง ลดลงจาก 24.81 เหลือเพียงร้อยละ 12.59 อย่างไรก็ตามทั้งอัตราการคัดแยกสูงกว่าระดับความเป็นจริง และอัตราการคัดแยกที่ต่ำกว่าระดับความเป็นจริงที่ลดลงนี้ ยังอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าค่าเป้าหมายตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ น้อยกว่าร้อยละ 15 และน้อยกว่าร้อยละ 5 ตามลำดับ อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการทำแบบวัดความรู้ที่กำหนดให้เพียง 1 ชั่วโมง 30 นาทีจึงอาจไม่เพียงพอต่อการพิจารณาการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ MOPH ED. Triage ทั้ง 5 ระดับ ซึ่งในแต่ระดับต้องใช้ข้อมูลที่หลากหลาย รวมถึงข้อจำกัดของพยาบาลวิชาชีพที่พบว่าเคยมี**ป**ระสบการณ์การได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพียงร้อยละ 37.84 และ มีประสบการณ์การได้รับการอบรมดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ร้อยละ 59.46 สอดคล้องกับการศึกษาของนัฐนาการ ประนันท์คำ[13] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วย MOPH ED. Triage ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการจัดทำคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน ติดตามประเมินผลเป็นระยะ พบว่า หลังการทดลองพยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ส่วนการคัดแยกสูงกว่าความจริงและการคัดแยกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงลดลงเพียงเล็กน้อยยังอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าค่าเป้าหมายตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้เช่นกัน

2. ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนให้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเพียงร้อยละ 37.84 และมีประสบการณ์การได้รับการอบรมดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินร้อยละ 59.46 ส่วนหลังให้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้และทักษะการคัดแยกของพยาบาลหลังให้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนให้โปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐาน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฯ ดังที่กล่าวข้างต้นคือ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง ในการอบรมครั้งที่ 1 ได้ให้ความรู้และพัฒนาทักษะตามแนวคิดของการปรับปรุงทฤษฎีการเรียนรู้ใหม่[9,10] โดยการใช้สื่อเทคโนโลยีที่เน้นให้พยาบาลวิชาชีพจดจำ และเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางเกณฑ์คะแนนความรุนแรงฉุกเฉิน ทั้ง 5 ระดับ

ส่วนการอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยการฝึกคัดแยกผู้ป่วยในการประเมินที่ต้องนำลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) มาใช้ร่วมในการประเมินระดับความรุนแรงฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม จนพยาบาลวิชาชีพสามารถแปลผล วิเคราะห์และประเมินผลการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้สถานการณ์จำลองที่พยาบาลวิชาชีพพบเจอได้บ่อยในสถานการณ์การปฏิบัติงานจริงทั้ง 5 ระดับ มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งสนับสนุนคู่มือการคัดแยกแบบออนไลน์ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถจดจำและนำไปใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้หลังให้โปรแกรมฯ พยาบาลมีระดับความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วย มีคะแนนความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shawah'en AA, et al.[1] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการคัดแยกผู้ป่วยผ่านสื่อเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง พบว่า หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนการคัดแยกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นโปรแกรมฯ นี้มีจึงมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกให้กับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยที่หลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลมีความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และส่งผลให้การคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น และการคัดแยกสูงกว่าและต่ำกว่าระดับความเป็นจริงจึงลดลง

ข้อจำกัดงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงมีหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลที่มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย เช่น หน่วยงานผู้ป่วยนอก จึงไม่สามารถนำผลการศึกไปใช้กับการคัดแยกผู้ป่วยภาพรวมของโรงพยาบาลได้ แบบทดสอบที่ใช้สำหรับวัดความรู้เป็นการยกตัวอย่างผู้ป่วยที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉินโดยมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉินมาก อาจไม่ได้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยทั้งหมดที่มาตรวจที่โรงพยาบาล

สรุปผล

การศึกษานี้แสดงถึงโปรแกรมฯ นี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้และทักษะการคัดแยกให้กับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งการคัดแยกผู้ป่วยที่ถูกต้องและแม่นยำนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบการให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยให้กับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งบางส่วนได้มีการเรียนเรียนเฉพาะทางเพิ่มเติม การนำผลไปใช้อาจใช้ได้ในโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป หรือมีพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเทียบเคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้กลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยจากทุกหน่วยงานนอกเหนือจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พิจารณาทำแบบทดสอบให้มีดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินระดับที่ 1-5 ในปริมาณใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Shawah'en AA, Al-Akash HY, Massadehs R, Shajrawi A, Maabreh R, Assaf E, et al. Triage knowledge level and skills among emergency nurses in jordan: a quasi-experimental study. Community Pract. 2024;21(1):83-101.
2. Jarvis PRE. Improving emergency department patient flow. Clin Exp Emerg Med. 2016;3(2):63-8.
3. รัฐพงษ์ บุรีวงษ์, บรรณาธิการ. MOPH ED. TRIAGE. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. AlSamnan M, AlAmry M, Aldossari S, Talea M, Khandekar R, AlGhadeer H. Validity of an ocular emergency triage system compared to the existing grading system at the emergency unit of a Tertiary Eye Hospital in Saudi Arabia. Clin Ophthalmol. 2023;17:527-34.
5. Moskop JC, Geiderman JM, Marshall KD, McGreevy J, Derse AR, Bookman K, et al. Another look at the persistent moral problem of emergency department crowding. Ann Emerg Med. 2019;74(3):357-64.
6. Eidsto A, Yla-Mattila J, Tuominen J, Huhtala H, Palomaki A, Koivistoinen T. Emergency department crowding increases 10-day mortality for non-critical patients: a retrospective observational study. Intern Emerg Med. 2024;19:175-81.
7. Thawley A, Aggar C, Williams N. The educational needs of triage nurses. Health Educ Pract. 2020;3(1):27-38.
8. กฤษฎา สวมชัยภูมิ, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, อภิชญา มั่นสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน. วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34(4):34-47.
9. Anderson LW, Krathwohl DR. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Addison Wesley Longman; 2001.

10. มนตรี พรมท่อน, สุภารัตน์ วังศรีคูณ, อัจฉรา สุคนธสรรพ์. ผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินต่อความถูกต้องในการคัดแยกของพยาบาล. พยาบาลสาร. 2562;46(1):65-75.
11. Zaboli A, Sibibilio S, Massar M, Brigiari B, Magnarelli S, Parodi M, et al. Enhancing triage accuracy: The influence of nursing education on risk prediction. Int Emerg Nurs. 2024;75:101486.
12. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2nd ed. New York: Herper & Row; 1973.
13. นัฐนาการ ประนันท์คำ. ประสิทธิผลของการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED. Triage ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/document/240724172180506272.pdf

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
Phaholpolpayuhasena Hospital

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
Phaholpolpayuhasena Hospital Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - เมษายน 2568