



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani

College of Nursing, Chakriraj

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2566)

Vol.3 No.1 (January-June 2023)

ISSN 2730-3993 print
ISSN xxxx-xxxx online

บทความวิจัย	พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย ในจังหวัดนครปฐม วิโรจน์ ทองเกลี้ยง
บทความวิจัย	การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ลำภู เนียมทอง
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอกำแพง จังหวัดเพชรบุรี บุญยลิตา กิจสุตแสง
บทความวิจัย	การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองสระปลา อำเภอนางรอง จังหวัดอุดรธานี สมพร สีดาอ่อน
บทความวิจัย	ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี วรรณภา อุ่นยิ่งเจริญ
บทความวิจัย	ผลของโปรแกรมโยคะเพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสง อำเภอมะนัง นครพนม จังหวัดนครพนม ธนภัทร จันโต และคณะ
บทความ กรณีศึกษา	การพยาบาลผู้ป่วยล้มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดช่องท้อง ในโรคไส้เลื่อนสะดือ พิณรัฐ สุนทรเสถียร



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

จุดประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงประโยชน์ทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาและการพยาบาล
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิจัย ค้นคว้า ทางด้านวิชาการและการพยาบาล ที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic, educational, nursing, public health and related sciences that show theoretical benefits and benefits in practice
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing .
3. To be an academic document That provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร : ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม – มิถุนายน กรกฎาคม - ธันวาคม

Publish : each 6 months (2 per year)

January – June July - December

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง

จ.ราชบุรี 70110

โทรศัพท์ 032-330479 - 82

โทรสาร 032-330483

Website : www.ckr.ac.th

Office : Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district,

Banpong district, Ratchaburi Province 70110

Tel. 032-330479-82

Fax. 032-330483

Website : www.ckr.ac.th

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ เมืองราชการพิมพ์ อ.เมือง จ.ราชบุรี

โทร. 032-323777, 085-1937279

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN 2730-3993 print; xxxxxx online) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือ คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

**วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช**

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566

ที่ปรึกษา

ดร.พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล

ดร.ประกริต รัชวัตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อัคราพร สี่หิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา วัฒนายุ

Family health International

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสทธิ์

66/4 ม.1 ต.กรับใหญ่ อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์

การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ

มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี

ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.วัลลภ นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ บ้านลีลาวดีโฮมแคร์ นนทบุรี

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางรุจา แก้วเมืองฝาง

นางสาวพลอยประกาย ฉลาดล้ำ

นางสาวพรประภา สุขผล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

**The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj**

Vol. 3 No.1 January – June 2023

CONSULTANTS

Peeranan Jirayingmongkhol, Ed.D. RN.

Pragrit Rachawat, Ed.D. RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

CO-EDITOR

Phimlada Anansirikasem, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu Ph.D,RN. (Assoc.Prof.)

Family health International

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

66/4 Moo 1 Krubyai, Banpong Distric, Ratchaburi Province

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College

of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing and Allied Health Science

Phetchaburi Rajabhat University

Sirikul Karuncharempnanit PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Baan Leelawadee Home Care, Nonthaburi

MANAGEMENT TEAM

Ruja Kaeomaungfang M.N.S. RN

Ployprakay Chalardlon M.N.S.,RN

Pornprapa Sukpol B.B. A. (Marketing)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2566)

สารบัญ

บทความวิจัย	พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย ในจังหวัดนครปฐม วิโรจน์ ทองเกลี้ยง	1
บทความวิจัย	การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ลำภู เนียมทอง	15
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอกำแพง จังหวัดเพชรบุรี บุญยลิตา กิจสุตแสง	34
บทความวิจัย	การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองสระปลา อำเภอนาทม จังหวัดอุดรธานี สมพร สีดาอ่อน	54
บทความวิจัย	ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี วรรณภา อุ่นยิ่งเจริญ	74
บทความวิจัย	ผลของโปรแกรมโยคะเพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสง อำเภอมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ธนภัทร จันใด และคณะ	89
บทความกรณีศึกษา	การพยาบาลผู้ป่วยล้มเลือดออกทั้งหลอดเลือดปอดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดช่องท้อง ในโรคไส้เลื่อนสะดือ พิณรัฐ สุนทรเสถียร	100

บรรณาธิการ แฉลง

สวัสดีค่ะวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ฉบับนี้เป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ซึ่งในการนำเสนอบทความวิจัย ทางวารสารยังคงมุ่งมั่นที่จะเป็นพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานทางวิชาการ ของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในฉบับนี้ บทความจะประกอบไปด้วยผลงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลและการสาธารณสุข ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการเผยแพร่ความรู้ และแนวทางปฏิบัติงาน ในส่วนต่างๆ ซึ่งท่านผู้สนใจสามารถนำความรู้ต่างๆ ไปใช้ประโยชน์ได้ตามที่ต้องการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

บรรณาธิการวารสาร

พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย ในจังหวัดนครปฐม

Health behaviors and health literacy of the late working age population in Nakhon Pathom Province

วิโรจน์ ทองเกลี้ยง*

Wiroj Thongkliang*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

* Nakhon Pathom Provincial Public health office, Prapathom chedi subdistrict, Mueang District,
Nakhon Pathom Province

(Received: April 25, 2023; Revised: June 12, 2023; Accepted: June 26, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยเจริญพรรณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับพฤติกรรมสุขภาพและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม จำนวน 336 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี 2565 พัฒนาโดยสำนักทันตสาธารณสุข และ Cluster วัยทำงาน กรมอนามัย ผ่าน Application H4U by MOPH วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69 อายุเฉลี่ย 52.7 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 32.10 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรร้อยละ 29.50 และอาชีพค้าขายร้อยละ 17.60 ด้านโรคประจำตัวพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.20 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 11.60 และโรคไขมันเลือดสูงร้อยละ 6.80 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติร้อยละ 32.10 โรคอ้วนร้อยละ 29.80 เพศชายมีรอบเอวปกติร้อยละ 96.20 เพศหญิงมีรอบเอวปกติร้อยละ 92.20 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ร้อยละ 52.10 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพส่วนอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 19.789$, $P=0.006$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.275$, $P=0.000$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This descriptive research aims to measure the level of desirable health behaviors and analyzing the relationship between personal characteristics, health literacy and desirable health behaviors of late working age population in Nakhon Pathom Province, A sample of 330 people were selected by multi-stage sampling. The research tool was an online questionnaire on health

behavior, awareness and environmental factors affecting working age health in 2022 developed by the Bureau of Dental Public Health and Working Age Cluster, Department of Health, which are in the application H4U by MOPH. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square and the Pearson correlation coefficient. The study found that most of the sample were female 69%, average age 52.7 years. In terms of occupation, it was found that 32.10 % were general workers, followed by farmers 29.50 % and trade 17.60 %. In terms of congenital disease, it was found that 51.20% were hypertension, 11.60% were diabetes, and 6.80% were hyperlipidemia. They had a normal body mass index (BMI) of 32.10%, obesity of 29.80%, normal waist circumference of males 96.20%, normal waist circumference of females 92.20%, vigorous movement behavior more than or equal to 150 minutes per week 52.10%. There was no correlation between personal characteristics with the level of desirable health behaviors, while occupation had a statistically significant correlation with the level of desirable health behaviors ($\chi^2 = 19.789$, $P = 0.006$). Overall health literacy had a low positive correlation with the level of desirable health behaviors of the working population with statistical significance ($r = 0.275$, $P = 0.000$)

Keywords: health behavior, health literacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากเป้าประสงค์ (goals) ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) กำหนดว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง”¹ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เน้นการพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์² ซึ่งหากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงสร้างสังคมที่เป็นสุข ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและทางสาธารณสุข เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นในทางกลับกันหากบุคคลใดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง แม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มที่ต้องดูแลผู้ที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงและคนในครอบครัวทั้งวัยสูงอายุ วัยเด็กและผู้พิการ เป็นกลุ่มประชากรที่มีศักยภาพมากที่สุดในการสร้างผลผลิตแก่ประเทศ นับว่าเป็นวัยสร้างชาติเป็นแรงงานสำคัญในการผลักดันการเจริญเติบโตและการขับเคลื่อนกลไกเศรษฐกิจของประเทศ สถานการณ์การเจ็บป่วยของคนไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากปัญหาในอดีตที่มีการเจ็บป่วย

ส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดต่อมาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โครงสร้างประชากรไทยมีประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีประชากรทุกกลุ่มวัยจำนวน 66.19 ล้านคน โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 51.08 และเพศชายร้อยละ 48.92) เป็นประชากรวัยทำงานร้อยละ 64.44 (จำนวน 42.652 ล้านคน) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 50.56 และเพศชายร้อยละ 49.44)⁴ นอกจากนี้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย (อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในเพศหญิง 80.3 ปี และเพศชาย 73.2 ปี) ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ปี 2559 – 2562 พบว่าประชากรวัยทำงานอายุ 30 - 44 ปี มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 32.52, 32.84, 32.94 และ 33.60 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและปี 2562 พบว่ากลุ่มนี้มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 59.1 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จากการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพระดับประเทศพบว่า ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 มีกิจกรรมทางกายต่ำ และมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ออกกำลังกายเพียงพอต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าคนไทยวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมรับประทานผักผลไม้ต่อวันเพียงพอตามคำแนะนำเพียงร้อยละ 25.9⁵

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพที่ดีคือ เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (empowerment) สถานะสุขภาพดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว จะต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีอีกด้วย⁶ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญคือ มลพิษทางอากาศ มลพิษจากขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล มลพิษทางน้ำ การปนเปื้อนของสารเคมีในสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถป้องกันตนเองและมีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น สวมหน้ากากอนามัย มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งลงถังขยะ และล้างมือหลังจากการใช้ส้วมทุกครั้ง กรมอนามัยได้พัฒนาชุดข้อมูลความรู้พื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยหรือประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อ⁷ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

จังหวัดนครปฐม มีประชากรจำนวน 920,729 คน โดยมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 52.01 และเพศชายร้อยละ 47.99) ด้านภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2564 พบว่ามีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ

53.12 วิทยาลัยทำงานตอนต้นมี BMI อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.83 วิทยาลัยทำงานตอนกลางร้อยละ 55.27 และวิทยาลัยทำงานตอนปลายร้อยละ 45.49 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวิทยาลัยทำงานเมื่อมีอายุมากขึ้น BMI อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจะลดลงวิทยาลัยทำงานมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 61.88 มีภาวะอ้วนลงพุงในวิทยาลัยทำงานตอนต้นร้อยละ 24.59 วิทยาลัยทำงานตอนกลางร้อยละ 34.18 และวิทยาลัยทำงานตอนปลายร้อยละ 40.87⁸ แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีภาวะอ้วนลงพุงมากขึ้นทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิดซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตความสุข ครอบครัวย สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีอัตราป่วยร้อยละ 30.49 โดยวิทยาลัยทำงานตอนต้นมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.46 วิทยาลัยทำงานตอนกลางร้อยละ 8.49 และวิทยาลัยทำงานตอนปลายร้อยละ 20.54 และโรคเบาหวานของประชากรวิทยาลัยทำงานมีอัตราป่วยร้อยละ 15.00 วิทยาลัยทำงานตอนต้นเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 0.73 วิทยาลัยทำงานตอนกลางร้อยละ 4.23 และวิทยาลัยทำงานตอนปลายร้อยละ 10.04 โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยร้อยละ 1.87 วิทยาลัยทำงานตอนต้นเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.10 วิทยาลัยทำงานตอนกลางร้อยละ 0.51 และวิทยาลัยทำงานตอนปลายร้อยละ 1.26 โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) มีร้อยละ 0.93 วิทยาลัยทำงานตอนต้นเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 0.04 วิทยาลัยทำงานตอนกลางร้อยละ 0.24 และวิทยาลัยทำงานตอนปลาย ร้อยละ 0.65⁹ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชากรวิทยาลัยทำงานเมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากสภาพปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวิทยาลัยทำงานตอนปลาย ในจังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพประชากรวิทยาลัยทำงาน ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง

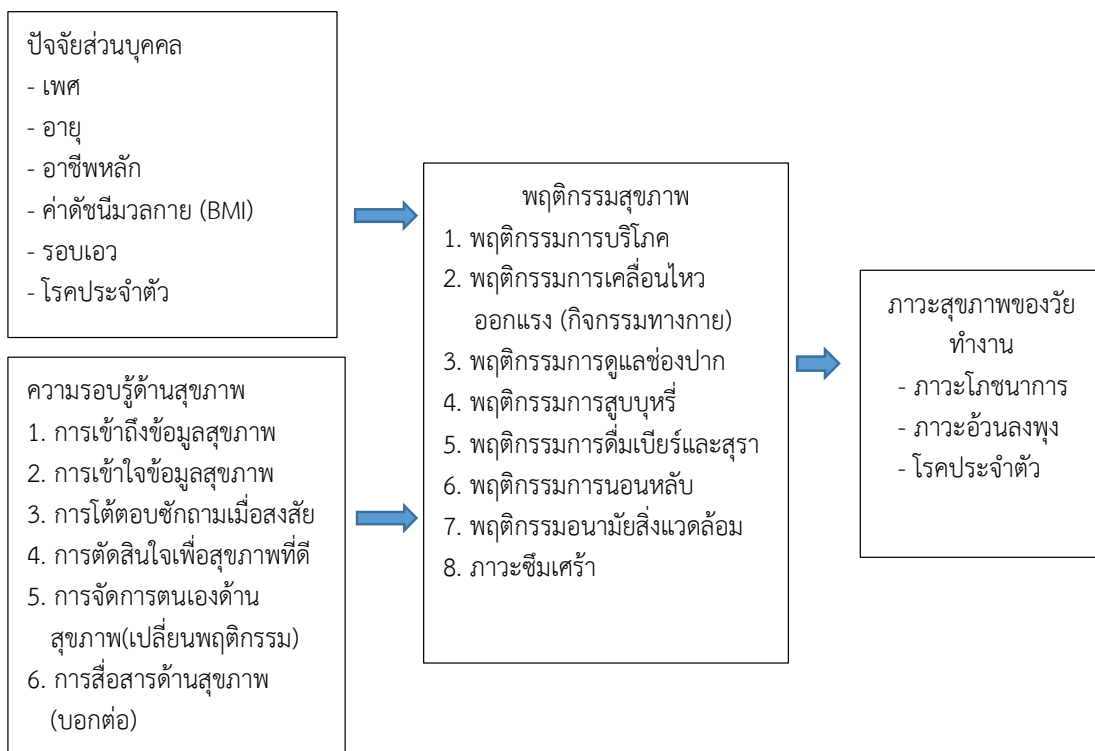
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวิทยาลัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวิทยาลัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวิทยาลัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม

สมมติฐาน

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวิทยาลัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม ปี 2563 เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 208,210 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 209 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างขณะเก็บข้อมูลร้อยละ 15.00 จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 45 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 336 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามออนไลน์เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี 2565 ที่พัฒนาโดยสำนักทันตสาธารณสุข และ Cluster วัยทำงาน กรมอนามัย ซึ่งอยู่ใน App. H4U by MOPH (สมุดสุขภาพประชาชน) มีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ(ปี) อาชีพหลัก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ชุดคำถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็น ข้อความเชิงบวก 4 ข้อ และข้อความเชิงลบ 3 ข้อ รวมจำนวน 7 ข้อ ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว เป็นแบบสอบถามปลายปิด ผู้วิจัยแบ่งระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale)

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ		
ทุกวัน	=	4 คะแนน	ทุกวัน	=	1 คะแนน
4-6 วัน/สัปดาห์	=	3 คะแนน	4-6 วัน/สัปดาห์	=	2 คะแนน
1-3 วัน/สัปดาห์	=	2 คะแนน	1-3 วัน/สัปดาห์	=	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	=	1 คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติ	=	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลของพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับ กำหนดคะแนนของคำตอบ ซึ่งข้อ 1, 3, 7 ข้อละ 4 คะแนน และข้อ 2, 4-6 ข้อละ 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 24 คะแนน ใช้การแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
17-24	ดี	เป็นผู้มีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง
7-16	ปานกลาง	เป็นผู้มีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องบ้าง
1-8	พอใช้	เป็นผู้มีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 3 ชุดคำถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ให้เลือกตอบได้ เพียงคำตอบเดียว ข้อละ 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 20 คะแนน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (ข้อที่ 16) 2) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (ข้อที่ 17) 3) การโต้ตอบซักถามเมื่อสงสัยและการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี (ข้อที่ 18) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ข้อที่ 19) การสื่อสารด้านสุขภาพ/บอกต่อ (ข้อที่ 20) ผู้วิจัยแบ่งระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) ซึ่งมี 4 คำตอบดังนี้

ข้อคำถามข้อ 16-17			ข้อคำถามข้อ 18-20		
ทุกครั้ง	=	4 คะแนน	ทำทุกครั้ง	=	4 คะแนน
ปานกลาง	=	3 คะแนน	ทำบ่อยครั้ง	=	3 คะแนน
ได้บ้าง/เข้าใจบ้าง	=	2 คะแนน	ทำบางครั้ง	=	2 คะแนน
หาไม่ได้/ไม่เข้าใจ	=	1 คะแนน	ไม่ได้ทำ	=	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Best¹⁰ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	3.01 – 4.00	หมายถึงระดับดี
ค่าเฉลี่ย	2.01 – 3.00	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 2.00	หมายถึงระดับพอใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามออนไลน์เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ที่พัฒนาโดยสำนักทันตสาธารณสุข และ Cluster วัยทำงาน กรมอนามัย ซึ่งอยู่ใน Application H4Uby MOPH (สมุดสุขภาพประชาชน) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ผลการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของเครื่องมือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2564 หมายเลขรับรอง 014/2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและประชาสัมพันธ์การตอบแบบสอบถามผ่าน application H4U พร้อมใบยินยอมด้วยความสมัครใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่อ้างอิงถึงผู้ให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลผลการวิจัยไว้เป็นความลับและปลอดภัย โดยจะทำลายข้อมูลหลังเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงการดำเนินงานและการจัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน
2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งและสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล
3. ดำเนินการชี้แจงผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและผู้เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์รายละเอียดของแบบสอบถาม และการใช้ Application H4U
4. ผู้วิจัยรวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเบื้องต้นด้วยวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐมด้วยสถิติไค-สแควร์(chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation Coefficient)

ในการพิจารณาแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ใช้เกณฑ์พิจารณาของ Best¹⁰ ซึ่งค่า r จะมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 ดังนี้

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.81–1.00	มีความสัมพันธ์มาก
0.51–0.80	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.21–0.50	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.01–0.20	มีความสัมพันธ์ต่ำมาก
0.00	ไม่มีความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.0) มีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 45 ปี อายุมากที่สุดคือ 59 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 32.1) ส่วนใหญ่โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.2) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 336)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	104	31.0
หญิง	232	69.0
อายุ		
Mean±S.D.	52.73±4.06	
Minimum – Maximum	45-59	
อาชีพ		
รับราชการ	27	8.00
พนักงาน/ลูกจ้าง	11	3.3
ค้าขาย	59	17.6
เกษตรกร	99	29.5
รับจ้างทั่วไป	108	32.1
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	24	7.1
ว่างงาน	7	2.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล
(n = 336)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อื่นๆ	1	0.3
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	172	51.2
ไขมันในเลือดสูง	23	6.8
เบาหวาน	39	11.6
หัวใจ	7	2.1
มะเร็ง	5	1.5
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้ำหนักน้อย	13	3.9
ปกติ	108	32.1
น้ำหนักเกิน	66	19.6
โรคอ้วน	100	29.8
โรคอ้วนอันตราย	49	14.6
รอบเอว		
เพศชาย รอบเอวปกติ	100	96.2
เพศชาย รอบเอวเกินมาตรฐาน	4	3.8
เพศหญิง รอบเอวปกติ	214	92.2
เพศหญิง รอบเอวเกินมาตรฐาน	18	7.8

ระดับความคิดเห็นต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.16, SD=0.85) และด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.12, SD=0.87) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.00, SD=0.82) การโต้ตอบซักถามเมื่อสงสัยและการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดีในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.99, SD=0.86) และการสื่อสารด้านสุขภาพ/บอกต่อในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.92, SD=0.84) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย โดยรวมและจำแนกรายด้าน (n = 336)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูล	3.12	0.87	ดี
ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.16	0.85	ดี
การโต้ตอบซักถามเมื่อสงสัยและการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี	2.99	0.86	ปานกลาง
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	3.00	0.82	ปานกลาง
การสื่อสารด้านสุขภาพ/บอกต่อ	2.92	0.84	ปานกลาง

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.3) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 42.6) น้อยที่สุดอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 10.1) และพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย จำแนกเป็นรายด้าน (n = 336)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ดี	143	42.6
ปานกลาง	159	47.3
พอใช้	34	10.1
Mean±S.D.	2.32±0.65	

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 42.6) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.3) และพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย จำแนกเป็นรายด้าน (n = 336)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ดี	236	70.2
ปานกลาง	100	29.8
Mean±S.D.	2.70±0.46	

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation Coefficient) จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.275, P=0.000$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน จากผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพการโต้ตอบซักถามเมื่อสงสัยการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี การจัดการตนเองด้านสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพ/บอกต่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.215, 0.314, 0.328, 0.276, 0.288$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม ($n = 336$)

ความรู้ด้านสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	
		P-value	ระดับความสัมพันธ์
การเข้าถึงข้อมูล	0.215*	0.000	ระดับต่ำ
ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.314*	0.000	ระดับต่ำ
การโต้ตอบซักถามเมื่อสงสัย การตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี	0.328*	0.000	ระดับต่ำ
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	0.276*	0.000	ระดับต่ำ
การสื่อสารด้านสุขภาพ/บอกต่อ	0.288*	0.000	ระดับต่ำ
รวม	0.275*	0.000	ระดับต่ำ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.3 ระดับดี ร้อยละ 42.6 ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี อยู่ในวัยที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่รีบเร่งและไม่ค่อยมีภาระด้านเศรษฐกิจ มีเวลาศึกษาหาความรู้ ดูแลด้านสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีความสุขกับครอบครัว จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองในระดับปานกลางถึงดี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม พบว่าเพศ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของประภาสวัชร งามคณะ¹¹ ซึ่งได้ดำเนินการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ของคนไทยในเขตปริมณฑล พบว่า คนไทยในเขตปริมณฑลที่มี อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันยกเว้นที่มีเพศและภูมิลำเนาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน สำหรับปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้เรื่องสุขภาพ พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับปานกลาง ประสพการณ์การเจ็บป่วยพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับปานกลาง การส่งเสริมสุขภาพพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในทิศทางบวก ระดับสูง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับสูง และความพร้อมในการพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทิศทางบวก ระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายในจังหวัดนครปฐม เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานแล้วมีเพียง 2 ระดับ คือ ระดับปานกลาง และระดับดี ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อาชีพหลัก ดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคประจำตัว กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย พบว่าเพศ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลาย ส่วนอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ¹² ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันคือ ถ้าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นพฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพ อาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงาน/ลูกจ้างเอกชนมีการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพในระดับมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น เนื่องจากเป็นอาชีพที่ใช้ความรู้ในการประกอบอาชีพ มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่ทำให้สุขภาพแข็งแรง เข้าใจคำเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพระดับต่างๆ และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนาลักษณ์ สุขประสาน¹³ อาชีพมีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพ โดยอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพในระดับเพียงพอมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากอาชีพราชการส่วนใหญ่เป็นอาชีพที่ใช้ความรู้ในการประกอบอาชีพ มีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้หลากหลายช่องทาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การได้ตอบซักถามเมื่อสงสัยการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี การจัดการตนเองด้านสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพ/บอกต่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากร

วัยทำงานตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับพิทยา ไพบูลย์ศิริ¹² ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 73.81 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 52.38 และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพประชากรวัยทำงาน ได้แก่ จัดให้มีการตรวจประเมินและคัดกรองสุขภาพกลุ่มวัยทำงานตามชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานในวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยตามบริบทของกลุ่มวัยทำงาน เป็นต้น
2. ผลักดันและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือสังคมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน ได้แก่ มีแผนการติดตามพฤติกรรมที่มีสุขภาพที่ดี และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น
3. ส่งเสริมให้องค์กรชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนในพื้นที่มีนโยบายและแผนการส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข;2559.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2559.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2563 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2563. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. 2563;29: 1-2.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ>>ประชากรศาสตร์/ประชากร>>ขนาดและโครงสร้างของประชากรตามอายุและเพศ>>จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัด พ.ศ.2563.[อินเทอร์เน็ต].(ม.ป.ท). [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรุงเทพฯ: ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สร้างวัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี.[อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.thaihealth.or.th/Content/47270-ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ%20สร้างวัยทำงานหุ่นดี%20สุขภาพดี.html>

6. Anamai Media สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย. กรุงเทพฯ: Health Literacy 66 key message เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน.[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:<http://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/health-literacy-66-key-message/>
7. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. KEY MESSAGE ประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อ เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:https://multimedia.anamai.moph.go.th/wp-content/uploads/2018/07/66_key_message_resize.pdf
8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC Report). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:กลุ่มรายงานมาตรฐาน >>ส่งเสริมป้องกัน. [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก:<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
9. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC Report). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กลุ่มรายงานมาตรฐาน>> การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
10. Best, J. W. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
11. ประภาสวัชร งามคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2557; 6(2):21-30.
12. พิทยา ไพบูลย์ศิริ. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้บริหารภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561; 8(1):97-107
13. ธนาลักษณ์ สุขประสาน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.

การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

The study about safety for healthcare workers from respiratory tract infection in Banpong Hospital, Ratchaburi Province.

ลำภู เนียมทอง*

Lampoo Neamthong*

*กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลบ้านโป่ง

*Infection Control and Prevention Nursing Group, Ban Pong Hospital

(Received: March 22, 2023; Revised: June 10, 2023; Accepted: June 21, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรใน โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 355 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม บรรยายภาพความปลอดภัย และพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์ความถดถอย ผลการศึกษาพบว่า 1) บุคลากรส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40.54 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 45.92 เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 63.66 มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.74 ปี มีประสบการณ์ในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 90.70 และมีประสบการณ์ในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.09 ปี 2) บรรยายภาพความปลอดภัย อยู่ในระดับดี 3) พฤติกรรมความปลอดภัย อยู่ในระดับดีมาก 4) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยอายุ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ตำแหน่งงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับประวัติการติดเชื้อและไม่มีประวัติติดเชื้อโรค โควิด-19 5) บรรยายภาพความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ได้แก่ ด้านการจัดทำความสะอาดสถานที่ทำงาน ด้านความพร้อมของอุปกรณ์ และการสวมใส่อุปกรณ์ใช้ในการป้องกันตนเองของบุคลากร และด้านการฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความปลอดภัย ได้ร้อยละ 62.40 ($r^2 = 0.624$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ; เชื้อไวรัส โควิด-19; บรรยายภาพความปลอดภัย; พฤติกรรมความปลอดภัย

Abstract

This survey research aimed to study safety behaviors from respiratory tract infections among people in Banpong Hospital Ratchaburi Province. The sample group was 355 people of Banpong Hospital. The research tool was a questionnaire about safety climate and safety behaviors from respiratory infectious disease COVID-19 with reliability values of 0.96 and 0.84, respectively. Data analytics were mean, one-way analysis of variance and regression analysis. The results of the study revealed that 1) the most personnel were female. The average age was 40.54 years. 45.92% were professional nurses and nursing assistants. 63.66% had been sick with COVID-19. They had an average experience of working in hospitals at 15.74 years, experienced in infectious disease control situations in hospitals was 90.70% and an average of 7.09 years of experience in infectious disease prevention situations in hospitals 2) Safety climate was at a good level. 3) Safety behavior was at a very good level. 4) Comparison of age, work experience in hospitals, job titles and participation in safety activities from respiratory infectious diseases COVID-19 virus, it was correlated with history of infection and no history of COVID-19 infection. 5) The safety climate from respiratory tract infection COVID-19 virus, including the organization of cleaning the workplace equipment readiness and the wearing of personnel self-defense equipment and safety training from respiratory infectious diseases COVID-19 virus was able to explain 62.40% of variance ($r^2 = 0.624$) in safety behavior with statistical significance at 0.05 levels.

Keyword: Respiratory tract infections; COVID-19 virus; Safety climate; Safety behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นอาการป่วยหรือความผิดปกติของอวัยวะในระบบทางเดินทางหายใจ ส่งผลต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายผิดปกติ ซึ่งโรคระบบทางเดินหายใจสามารถพบได้กับทุกเพศทุกวัย กลุ่มคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำก็อาจจะป่วยแล้วหายได้ด้วยการรักษาและดูแลตัวเองที่ถูกต้อง แต่สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัว เมื่อเกิดความผิดปกติดังกล่าว โอกาสที่อาการเจ็บป่วยจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นซึ่งโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจนั้นพบเป็นจำนวนมาก โดยพบทั้งโรคที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคโควิด 19 เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่พบการระบาดมาก่อน และสามารถติดต่อกันได้ง่ายโดยผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งรับละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เพราะหลายๆ คนรับเชื้อเข้าไปแล้วแต่ไม่แสดงอาการป่วย จึงเป็นพาหะนำโรคไปแพร่กระจายต่อได้รวดเร็ว^{1,2-3}

โรคโควิด-19 เป็นโรคซึ่งเกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus 2019) เป็นไวรัสมีหลายสายพันธุ์ โดยไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์ พบก่อโรคในคน ขณะที่คนยังไม่มีภูมิต้านทาน จึงเกิดเป็นโรคระบาด โดยติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ มีการรายงานผู้ป่วย ครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 (ค.ศ.2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ประเทศ

จีน ซึ่งเป็นเมืองที่ผู้คนอาศัยหนาแน่นทำให้เกิดการระบาดรวดเร็ว มีผู้ป่วยตายจำนวนมาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ประเทศจีนต้องปิดประเทศ ปัจจุบัน ได้ระบายนกไปทั่วโลก¹ เดือนกรกฎาคม 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อจำนวน 594,898,643 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว จำนวน 20,468,581 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 6,453,827 ราย²

ผู้ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 โดยรับเชื้อจากคนที่ติดเชื้อที่มาจากประเทศจีน¹ โดยมีรายงานสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 4,620,425 ราย และมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว จำนวน 4,567,639 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 31,831 ราย² การแพร่กระจายของเชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือผู้ติดเชื้อแพร่เชื้อผ่านทางฝอยละอองและทางอากาศ (airborne) ผู้ป่วยไอ จาม มีเสมหะ มีฝอยละอองกระเด็นออกมา ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดไม่เกิน 2 เมตรจากผู้แพร่เชื้อจะสูดดมฝอยละอองนั้นเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ³ จะมีอาการ ไข้ และ ไอ เริ่มจาก ไอแห้งๆ ตามด้วยไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอ หรือจาม จมูกรับกลิ่นไม่ได้ (anosmia) ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อไวรัสที่ได้รับ¹ ซึ่งการจัดการปัญหาโรคระบาด โรคโควิด -19 ในปัจจุบันต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นด่านหน้าที่ต้องหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด -19

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งมีบทบาทการดูแลรักษาพยาบาลทำให้มีโอกาสที่จะรับเชื้อได้มาก และแพร่กระจายเชื้อได้เช่นเดียวกันเนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องพบกับผู้มารับบริการในสถานพยาบาลจำนวนมาก⁴ จากสถิติทั่วโลกพบว่า จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ โรคโควิด-19 สูงถึงร้อยละ 10 สำหรับประเทศไทยพบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อประมาณร้อยละ 3.63 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 70.75 และติดเชื้อในชุมชนร้อยละ 16.68² และจากผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเพื่อดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 1,265 คน และ กลุ่มที่สองที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า การป่วยเป็นโควิด-19 นั้น พบในกลุ่มที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้บ่อยกว่าในกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยตรง และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาด การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ และการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความปลอดภัย (personnel safety) จึงมีความสำคัญมาก⁵ สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโรคโควิด-19 คือการดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้ว่าติดเชื้อโควิด 19 มาก่อน มาตรวจพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในภายหลังที่บุคลากรทางการแพทย์เข้าไปดูแลผู้ป่วยแล้ว การไม่สวมหน้ากากหรืออุปกรณ์ป้องกัน เมื่อบุคลากรมีการสัมผัสใกล้ชิด เช่น การเข้าไปเช็ดตัว ทำความสะอาด สัมผัสสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของผู้ป่วยรวมถึงเสื้อผ้า บุคลากรทางการแพทย์ก็มีโอกาสสัมผัสกับสารคัดหลั่งและมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคโควิด -19 และในส่วนช่วงต้นของการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่รู้วิธีการใส่อุปกรณ์และการป้องกันอย่างถูกวิธี⁶

ขณะที่ความปลอดภัยจากการทำงานเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกอาชีพ⁷ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยระบุไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ ได้รับหลักประกันความปลอดภัย และ

สวัสดิภาพในการทำงาน” รัฐบาลได้ประกาศเป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ประกอบอาชีพ จะต้องได้รับการคุ้มครอง ความปลอดภัยในประเทศไทยมีการประกาศ Patient and Personnel Safety Goals หรือ 2P Safety Goals และจาก SIMPLE เป็น (SIMPLE)² และยังให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทุกโรงพยาบาลต้องบริหารจัดการสร้างความปลอดภัยแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจ โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งประกาศเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร⁷

จากการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันตนเองของบุคลากรทางการแพทย์จากโรคซาร์ (SARS)⁸ กล่าวว่า สิ่งที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร การสร้างวัฒนธรรมองค์กร การสื่อสารเผยแพร่คำแนะนำที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะของการสร้างบรรยากาศความปลอดภัย (safety climate) เป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนำไปสู่นโยบายขั้นตอนการปฏิบัติงาน การได้รับอุปกรณ์และเครื่องสนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อ เช่น หน้ากาก อ่างล้างมือ ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดมือ ระบบระบายอากาศรวมทั้งความสามารถในการใช้ทรัพยากร ทั้งนี้พฤติกรรมด้านความปลอดภัยยังมีความสัมพันธ์ต่อการลดความไม่ปลอดภัยหรือการติดเชื้อในที่ทำงาน โดยพบว่า สิ่งที่มีผล ได้แก่ บรรยากาศความปลอดภัย การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และปัจจัยส่วนบุคคล⁹⁻¹² เห็นได้ว่าบรรยากาศความปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความเชื่อมั่นในสถานที่ทำงานว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 72.60 ติดเชื้อจากการทำงาน⁶ เนื่องจากต้องปฏิบัติงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งหากปล่อยปละละเลยให้บรรยากาศความปลอดภัยในโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำจะก่อให้เกิดความเสี่ยงสูง จนทำให้เกิดการติดเชื้อหรือเป็นอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงานได้ อาจทำให้เกิดความสูญเสียต่าง ๆ ตามมา นอกจากนี้ยังมีส่วนประกอบด้านอื่นที่เป็นสิ่งเสริมทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย¹⁰

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี บทความ งานวิจัย และเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์เห็นได้ว่าบรรยากาศความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยอีกทั้งสถานพยาบาลต่าง ๆ ยังให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมความปลอดภัยของบุคลากรของโรงพยาบาล เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดติดเชื้อโรคโควิด-19 ในการปฏิบัติงานภายใต้บรรยากาศที่ไม่มีความปลอดภัย อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจตามแนวทางการควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและตระหนักถึงการจัดการบรรยากาศความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางการควบคุมการ

ติดเชื้อ และนำข้อมูลไปปรับแนวทางปฏิบัติร่วมกับการป้องกันหรือควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอื่นๆ และโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ นำไปสู่การเสริมสร้างพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนต่อไปส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

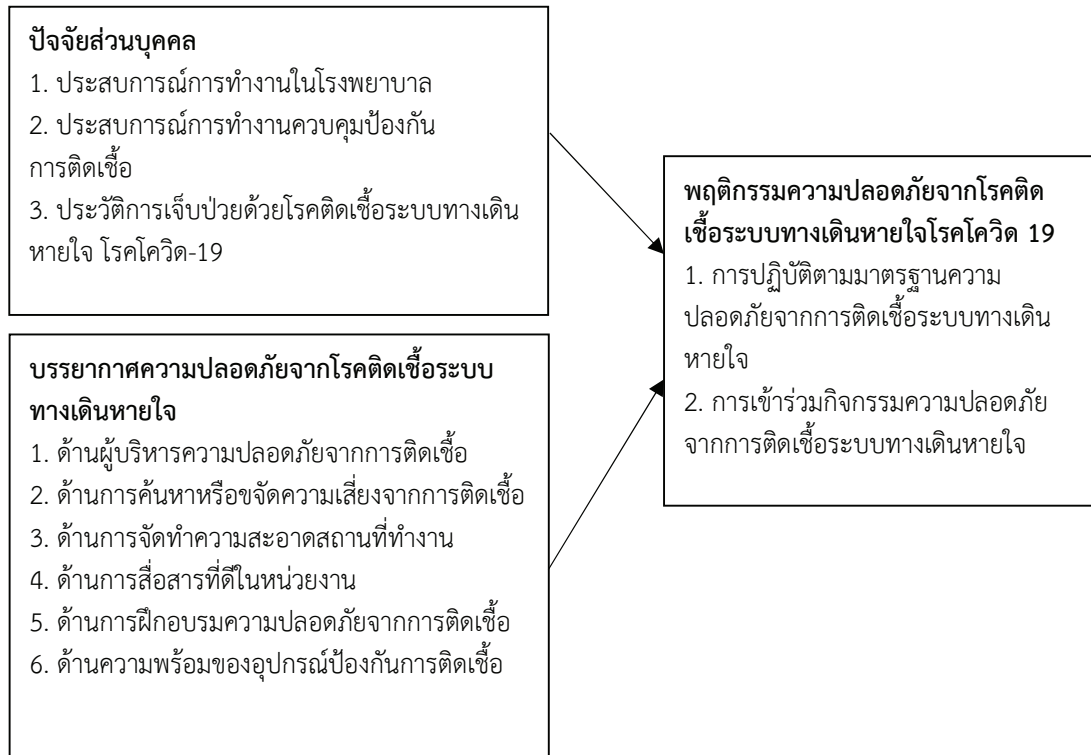
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของกลุ่มบุคลากรที่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และไม่มีประวัติติดเชื้อ
4. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และบรรยากาศความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ตามแนวคิดและทฤษฎีบรรยากาศความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ทฤษฎีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ และแนวทางมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลบรรยากาศและพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยผู้วิจัยเลือกกรอบแนวคิดของ Cooper¹³, Gershon et al.¹⁴ และ Parker et al.¹⁵ สำหรับการจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็นประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การป้องกันโรค และประวัติการเจ็บป่วยผู้วิจัยเลือกกรอบแนวคิดของ ชูติมา ดีสวัสดิ์และพรทิพย์ กิระพงษ์¹⁰ รุจิภาส สิริจตุภัทรและคณะ⁵ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 810 คน ประกอบด้วย พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข บัญชีการเงิน พนักงานทำความสะอาด พนักงานเปล เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 355 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยการเปิดตารางการสุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan และใช้วิธีการสุ่มแบบช่วงชั้นอย่างไม่มีสัดส่วน (disproportion stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (questionnaire) เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศและพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจซึ่งพัฒนาจาก Gershon et al.¹⁴ และชุดมาตราวัดสวัสดีและพรทิมป์ กิระพงษ์¹⁰ โดยนำมาประยุกต์ตามการปฏิบัติจริง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และประสบการณ์การทำงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามบรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ด้านการค้นหาหรือจัดความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ด้านการจัดทำความสะดวกสถานที่ทำงาน ด้านการสื่อสารที่ดีในหน่วยงาน ด้านการฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และด้านความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกให้คะแนนในข้อคำถามแต่ละข้อ 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกให้คะแนนในข้อคำถามแต่ละข้อ 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่านและพยาบาลควบคุมด้านการติดเชื้อ จำนวน 1 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านจัดการและบริหาร กำหนดนโยบายการปฏิบัติงานและควบคุมด้านโรคติดเชื้อ พิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective congruence index—IOC) ซึ่งได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม ดังนี้ ด้านบรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เท่ากับ 0.96 และด้านพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ตามเอกสารใบรับรองการพิจารณา COA No.007- 2022 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบรับด้วยความสมัครใจ และสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามเมื่อไรก็ได้ เมื่อผู้วิจัยตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทางออนไลน์ ซึ่งข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยคำตอบในแบบสอบถามจะไม่มีการเปิดเผย

ให้เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยหรือหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ได้รับขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์และได้รับการอนุญาตในการดำเนินการวิจัยแล้ว จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและรูปแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองทางออนไลน์ เมื่อได้รับการตอบกลับครบถ้วนแล้วจึงตรวจสอบข้อมูลเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation-SD) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่าสูงสุด (maximum) และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (one- way ANOVA) การวิเคราะห์ความถดถอย (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 355 คน พบว่า เป็นบุคลากรเพศหญิง จำนวน 304 คน (ร้อยละ 85.63) เพศชาย จำนวน 51 คน (ร้อยละ 14.37) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 163 คน (ร้อยละ 45.92) บุคลากรมีอายุเฉลี่ยที่ 40.54 ปี บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ยที่ 15.74 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 322 คน (ร้อยละ 90.70) อีกทั้งมีประสบการณ์ในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเฉลี่ยที่ 7.09 ปี บุคลากรส่วนใหญ่เคยมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด -19 จำนวน 226 คน (ร้อยละ 63.66) ในบุคลากรที่เคยมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด -19 ส่วนมากเคยมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 1 ครั้ง จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 93.36 ของจำนวนบุคลากรที่เคยมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19

ตอนที่ 2 จากผลการวิเคราะห์บรรยากาศ ความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.18 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.77 ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดซึ่งอยู่ในระดับดี ได้แก่ การฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.84 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.74 รองลงมาคือด้านการจัดทำความสะอาดสถานที่ทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.56 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.67 และคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดซึ่งอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการสื่อสารที่ดีในหน่วยงานค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.34 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.24 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Minimum) และค่าคะแนนสูงสุด (Maximum) ของบรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแต่ละด้านของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (n =355)

บรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ แต่ละด้าน	($\bar{X}$)	SD	Min	Max	ระดับ
การฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ	20.84	3.74	5.00	25.00	ดีมาก
การจัดทำความสะอาดสถานที่ทำงาน	20.56	3.67	5.00	25.00	ดีมาก
การบริหารความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ	19.71	3.73	5.00	25.00	ดี
ความพร้อมของอุปกรณ์ และการสวมใส่อุปกรณ์ใช้ ในการป้องกันตนเองของบุคลากร	16.79	3.21	4.00	20.00	ดีมาก
การค้นหาหรือจัดความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ	12.85	2.35	3.00	15.00	ดีมาก
การสื่อสารที่ดีในหน่วยงาน	12.34	2.24	3.00	15.00	ดี
ภาพรวม	17.18	2.77	4.17	20.83	ดี

ตอนที่ 3 จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 21.75 คะแนนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.92 โดยพบว่า ทั้งด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย 30.32 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.24 และการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย 13.19 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.01 อยู่ในระดับดีมากดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Minimum) และค่าคะแนนสูงสุด (Maximum) ของพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 แต่ละด้านของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (n =355)

พฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 แต่ละด้าน	($\bar{X}$)	SD	Min	Max	ระดับ
การปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	30.32	4.24	7.00	35.00	ดีมาก
การเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจาก- โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	13.19	2.01	3.00	15.00	ดีมาก
ภาพรวม	21.75	2.92	5.00	25.00	ดีมาก

ตอนที่ 4 จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายกลุ่มกลุ่มที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และ ไม่มีประวัติติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีพบว่า มีบุคลากรที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 129 คนและมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 1 ครั้ง จำนวน 211 คน และที่ 2 ครั้ง จำนวน 15 คน รวมผู้ประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 226 คน มีการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.59$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และพบว่า บุคลากรที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 1 ครั้ง และ ที่ 2 ครั้ง มีการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.02$) พบว่ามีค่าเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี Fisher's Least Significant Difference (LSD) โดยกลุ่มผู้ที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยที่ 12.80 ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 1 ครั้งมีค่าเฉลี่ยที่ 13.39 และผู้ที่มีประวัติติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 2 ครั้งมีค่าเฉลี่ยที่ 13.73 ซึ่งผลการศึกษาค่าเฉลี่ยทั้ง 3 กลุ่มพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีที่ไม่เคยมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 มีการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแตกต่างจากบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 1 ครั้ง มีการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากกว่าบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และ ไม่มีประวัติติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ($n = 355$)

พฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
การปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	ระหว่างกลุ่ม	18.83	2	9.41	0.52	0.590
	ภายในกลุ่ม	6353.84	352	18.05		
การเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	ระหว่างกลุ่ม	32.93	2	16.47	4.16*	0.020
	ภายในกลุ่ม	1394.04	352	3.960		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Fisher's Least Significant Difference (LSD) ระหว่างกลุ่มที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และ ไม่มีประวัติติดเชื้อ โรค โควิด-19 (n = 355)

ประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	ไม่มีประวัติ การติดเชื้อ 12.80	มีประวัติการติด เชื้อที่ 1 ครั้ง 13.39	มีประวัติการติดเชื้อ ที่ 2 ครั้ง 13.73
ไม่มีประวัติการติดเชื้อ	129	12.80	-	0.59*	0.93
มีประวัติการติดเชื้อที่ 1 ครั้ง	211	13.39		-	0.34
มีประวัติการติดเชื้อที่ 2 ครั้ง	15	13.73			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 5 จากผลการวิเคราะห์หัตถิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีพบว่า บรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ด้านการจัดทำความสะอาดสถานที่ทำงานด้านความพร้อมของอุปกรณ์และการสวมใส่อุปกรณ์ใช้ในการป้องกันตนเองของบุคลากร ด้านการฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ และปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยตัวแปรทั้ง 4 นี้ สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ได้ร้อยละ 62.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19

ปัจจัย	B	SE	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	15.90	1.54		10.35	0.000
ประสบการณ์ในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล	0.05	0.02	0.08*	1.98	0.048
การจัดทำความสะอาดสถานที่ทำงาน	0.59	0.10	0.37**	5.82	0.000
การฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ	0.23	0.11	0.15*	2.12	0.034
ความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและการสวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองของบุคลากร	0.58	0.10	0.32**	5.90	0.000
$R = 0.790, R^2 = 0.624, F = 56.98, P\text{-value}=0.000$					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. บรรยายภาพความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลมีความเสี่ยงและโอกาสสูงที่จะติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี หัวหน้าหน่วยงานจึงให้ความสำคัญกับนโยบายและเป้าหมายความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 รวมทั้งส่งตรวจการติดเชื้อตามมาตรฐานและตามอาการ นอกจากนี้ยังมีการให้ความสำคัญต่อการจัดบรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรค โควิด-19 โดยการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงไม่ปลอดภัยจากการติดเชื้อได้รับการแก้ไข จัดเตรียมอุปกรณ์จากหัวหน้างานในหน่วยงาน บุคลากรได้รับการสื่อสาร การสอนให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและตระหนักถึงความปลอดภัยจากการติดเชื้อ และส่วนกลางจัดหาภาชนะรองรับขยะมูลฝอย ขยะชีวภาพแต่ละประเภทเพียงพอและเหมาะสม ซึ่งการจัดให้มีสภาพแวดล้อมการทำงาน และบรรยากาศความปลอดภัยของบุคลากรมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย ซึ่งการจัดการความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรค โควิด-19 ในองค์กรก็เป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคลากรด้านหนึ่ง^{6,8} นอกจากนี้ความมุ่งมั่นในระดับการบริหารจัดการ การจัดลำดับความสำคัญของการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร และการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางป้องกันและความคุ้มครองการติดเชื้อมีส่วนสำคัญต่อมาตรฐานความปลอดภัยทั้งหมดและบรรยากาศด้านความปลอดภัยมีผลกระทบต่อมาตรการความปลอดภัยอีกด้วย^{11,12,16}

2. พฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 เป็นอย่างมาก อาจเนื่องด้วยบุคลากรกลัวจะเกิดการติดเชื้อ และนำไปติดผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว ทั้งการสื่อสารนั้นยังทำให้บุคลากรตระหนักถึงอันตรายจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19^{12,17} ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก โดยมีการปฏิบัติสวมใส่ surgical mask ทุกครั้ง เพื่อป้องกันสารคัดหลั่งเข้าช่องจมูกและปาก การทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่งก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้ลิฟต์ ราวบันได ก่อนและหลังการใช้ห้องน้ำ และการสวมถุงมือแบบใช้แล้วทิ้งก่อนทำหัตถการทุกครั้ง เมื่อมีอาการป่วยเป็นไข้ คล้ายเป็นหวัด จะแจ้งต่อหัวหน้าแผนกทันที และหยุดพักการปฏิบัติงานตามมาตรการกำหนดหรือดุลพินิจของแพทย์ผู้ตรวจ อีกทั้งยังมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อตาม standard precautions และความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด และมีส่วนร่วมแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อ ขยะชีวภาพแต่ละประเภทส่งทำลายอย่างเหมาะสม^{9-10,12,18}

3. การเปรียบเทียบรายกลุ่มระหว่างผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และ ไม่มีประวัติติดเชื้อโรคโควิด-19 พบว่าบุคลากรที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และมีประวัติเคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 1 ครั้ง และ ที่ 2 ครั้ง มีการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า บุคลากรที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และมีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ 1 ครั้ง และ ที่ 2 ครั้ง มีการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแตกต่างกันโดยบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ความถี่ 1 ครั้ง มีการเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากกว่าบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีที่มีประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 และเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสกับบุคคลในครอบครัวที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 และบุคลากรโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยจากระบบทางเดินหายใจน้อยนั้น เนื่องจากบุคลากรเหล่านั้นมีการฝึกซ้อมปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อตาม standard precautions และความปลอดภัยเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอจนเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว แม้ว่าจะไม่ได้มีการระบาดของโรคโควิด-19 ก็ตาม จึงทำให้ไม่มีประวัติการติดเชื้อ โรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า การติดเชื้อโรคโควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์มักเกิดจากการติดต่อในครอบครัวเป็นสาเหตุหลัก⁵ ขณะเดียวกัน บุคลากรต้องตระหนักและใส่ใจฝึกซ้อมเกี่ยวกับ standard precautions อย่างสม่ำเสมอจนเป็นธรรมชาติบุคลากรจึงปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและไม่จากการติดเชื้อ^{5,6}

4. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและบรรยากาศความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า บรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ด้านการจัดทำความสะดวกสถานที่ทำงาน ด้านความพร้อมของอุปกรณ์ และการสวมใส่อุปกรณ์ใช้ในการป้องกันตนเองของบุคลากร และด้านการฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลมีการสนับสนุนบุคลากรมีการปฏิบัติตัวและให้ความร่วมมือกันหรือมีพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19^{9,16,19-20,21-22} เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

4.1 อายุ เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ^{17,23} ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลจะต้องเข้ารับการฝึกอบรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทุกคน

4.2 ประสิทธิภาพการทำงานในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เนื่องจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 มีการแพร่ระบาดทั่วโลกจึงมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทำให้ทุกคนมีความสนใจ เรียนรู้ และปฏิบัติตาม ซึ่งเห็นได้จากพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีที่อยู่ในระดับดีมากซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานในโรงพยาบาลไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรโรงพยาบาล¹⁰ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลที่พบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านอายุงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้เนื่องมาจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 ไปทั่วโลก ทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารตามช่องทางสื่อสารต่าง ๆ หลากหลาย เช่น สื่อออนไลน์ วีดิทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร ใบปลิว เป็นต้น ทำให้ทุกคนมีความสนใจเรียนรู้ และปฏิบัติตาม ซึ่งเห็นได้จากพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีมาก

4.3 ประสิทธิภาพในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ประสิทธิภาพในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันจะทำให้พฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ที่แตกต่างกัน ซึ่งประสิทธิภาพการเรียนรู้ในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือช่วยยับยั้งไม่ให้เกิดการแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพ จึงอธิบายได้ว่าบุคลากรโรงพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดการสั่งสมความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดีจะมีแนวโน้มที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ^{10,24,25} และการมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย¹⁶

4.4 ประวัติป่วยด้วยโรคโควิด-19 ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ทั้งนี้จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ของการติดเชื้อ โรคโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยเกิดขึ้นในกลุ่มบุคลากรที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยและมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อที่บ้านหรือในครอบครัว⁵

4.5 การบริหารความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง

จังหวัดราชบุรี เนื่องจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 เป็นโรคที่แพร่ระบาดทั่วโลก บุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีทุกคนรับรู้นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ตามสื่อต่าง ๆ ที่ชัดเจนอยู่แล้ว^{10,12} แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ผ่านมาที่พบว่า การบริหารความปลอดภัยจากการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการความปลอดภัยของบุคลากร^{15-16,21}

4.6 การค้นหาหรือขจัดความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี การค้นหาความเสี่ยง โดยการเฝ้าระวัง บุคคลที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีไข้ ไอ และมีน้ำมูก การส่งตรวจการติดเชื้อตามมาตรฐานรวมถึงตามอาการ การปรับกระบวนการการทำงานที่เสี่ยงอันตราย ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ ปลอดภัย เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงการปฏิบัติตนให้ปลอดภัย พบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การค้นหาหรือกำจัดความเสี่ยง ได้แก่ การค้นหาเฝ้าระวังบุคคลที่มีความเสี่ยงและส่งตรวจตามมาตรฐาน การลดโอกาสของการติดเชื้อทั้งในและนอกสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการความปลอดภัยของบุคลากร^{10,14} อาจเกิดจากบริบทที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา

4.7 การจัดทำความสะอาดสถานที่ทำงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 เน้นเรื่องการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร การจัดจุดทำความสะอาดมือด้วยน้ำหรือแอลกอฮอล์ในพื้นที่ทำงาน การจัดทำระบบระบายอากาศที่ดีในสถานที่ปฏิบัติงาน และการทำความสะอาดจุดเสี่ยงสัมผัสต่างๆ เช่น ลูกบิดประตู ลิฟต์ ราวบันได ห้องน้ำ ทุก 2 - 4 ชม. บริเวณที่มีผู้ใช้จำนวนมาก สอดคล้องงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยด้านความสะอาด ระบบระบายอากาศมีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัย^{14,19,26}

4.8 การสื่อสารที่ดีในหน่วยงาน เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและพฤติกรรมความปลอดภัย ที่พบว่าการสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และพฤติกรรมความปลอดภัย โดยการสื่อสารที่ดีเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดความตื่นตัวในการป้องกันการเกิดโรค จึงเกิดพฤติกรรมความปลอดภัย

จากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ตามแนวป้องกันการติดเชื้อ^{10,12,18,24} แต่ความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจเกิดขึ้นมาจากบริบทและระยะเวลาของการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ที่มีอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาช่วงหนึ่งแล้ว จึงทำให้บุคลากรมีช่องทางติดต่อสื่อสารได้หลากหลายช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและความคุ้มครองการติดเชื้อให้กับบุคลากรได้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ทำให้ผลการวิจัยแตกต่างกับงานวิจัยที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะเริ่มแรกๆ ที่การสื่อสารเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ยังมีมาก

4.9 การฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การฝึกอบรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ทำให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัย ซึ่งการฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อเป็นกิจกรรมที่เสริมแรงจิตใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำงานให้มีความปลอดภัย^{8,10,11,15} อีกทั้งการฝึกอบรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อยังทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และความตระหนักเห็นถึงความสำคัญของความปลอดภัยจากการติดเชื้อ จึงมีการปฏิบัติตามการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง²⁰

4.10 ความพร้อมของอุปกรณ์ และการสวมใส่อุปกรณ์ใช้ในการป้องกันตนเองของบุคลากร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การเข้าถึง การได้รับการสนับสนุนในอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความสามารถ ความเต็มใจที่จะปฏิบัติงานตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและพฤติกรรมความปลอดภัย¹²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า บรรยากาศความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโรคโควิด-19 ด้านการจัดทำความสะดวกสถานที่ทำงาน ด้านความพร้อมของอุปกรณ์และการสวมใส่อุปกรณ์ใช้ในการป้องกันตนเองของบุคลากร และการฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไวโรคโควิด-19 จึงควรให้ความสำคัญกับการจัดทำความสะดวกและระบบการระบายอากาศที่ดีของสถานที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อโดยจัดให้มีการฝึกอบรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกคนอย่างต่อเนื่อง

และเปิดโอกาสให้บุคลากรที่มีประสบการณ์สูงในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อให้กับบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อย เพื่อเป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคโควิด-19 ของบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขและกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ
2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบผลของโปรแกรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจระหว่างแผนกที่จัดให้มีการดำเนินงานตามโปรแกรมความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแผนกที่มีการจัดดำเนินการตามปกติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความกรุณาและโอกาสจากแพทย์หญิงรุจิรา เข้มเพ็ชร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ตลอดจนทีมผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีทำนี้ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงระวีวรรณ ดิลกอุดมชัย นายแพทย์ชำนาญการ และประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี อาจารย์ดนุลดา จินชาวขำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดราชบุรี คุณประจวบ ทองเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี ที่ได้ตรวจสอบเครื่องมือ อีกทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สยมพร ศิริณาวิน. โควิด-19 ความรู้ สู้ปัญญา พัฒนาการปฏิบัติ. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
2. Woldometer. [Internet]. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC. 2022 [cited 2022 Aug 14] Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus>
3. อมร สีสารศรี. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:<https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>
4. สุริพร คนละเอียด และคณะ. การประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) ในโรงพยาบาลชายขอบของไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์; 2564.

5. รุจิภาส สิริจตุภัทร และคณะ. โควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
6. กฤษฎา ศุภวรรณกุล. ไขข้อสงสัย ทำไมบุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19158>
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). นโยบายความปลอดภัยบุคลากรสาธารณสุข สู้ภัยโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก:<https://www.hfocus.org/content/2020/04/19122>.
8. David M. DeJoy. Theoretical models of health behavior and workplace self-protective behavior. *Journal of Safety Research*. 1996; 27(2): 61-72.
9. สุนทร บุญบำเรอ. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2557; 20(2): 82-92.
10. ชุตินา ดีสวัสดิ์ และพรทิพย์ กิระพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(38): 399-413.
11. Agnew C, Flin R, Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *J Safety Res* 2013;45:95-101. doi: 10.1016/j.jsr.2013.01.008
12. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 4(4):CD013582. doi: 10.1002/14651858.CD013582
13. Cooper, M. D., Phillips, R. A. Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. *Journal of safety research*. 2004; 35(5):497-512.
14. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *Am J Infect Control*. 2000;28(3):211-21. doi: 0.1067/mic. 2000. 105288.
15. Parker SK, Axtel CM, Turner N. Designing a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *J Occup Health Psychol* 2001;6(3):211-28. PMID: 11482633.

16. Hu X, Yan H, Casey T, Wu C. Creating a safe haven during the crisis: How organizations can achieve deep compliance with COVID-19 safety measures in the hospitality industry. *Int J Hosp Manag* 2020;102662. doi: 10.1016/j.ijhm.2020.102662.
17. Muflih S, Al-Azzam S, Lafferty L, Karasneh R, Soudah O, Khader Y, et al. Pharmacists self-perceived role competence in prevention and containment of COVID-19: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery* 2021;64: 102243. doi: 10.1016/j.amsu.2021.102243.
18. Martiana T, Suarnianti S. The determinants of Safety behavior in hospital. *Indian Journal of Public Health Research and Development* 2018;9(4):147-53. doi: 10.5958/0976-5506.2018.00273.5.
19. Selahattin Kantem. A Research on The Effect of Organizational Safety Climate Upon The Safe Behaviors. *EgeAkademikBakis (Ege Academic Review)* 2009; 9(3): 932-932. DOI:10.21121/eab.2009319694.
20. สมมิตร สิงห์ใจ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*. 2559; 43 (ฉบับพิเศษ): 162-172.
21. Lyu S, Hon CK, Chan AP, Wong F, Javed AA. Relationships among Safety Climate, Safety Behavior, and Safety Outcomes for Ethnic Minority Construction Workers. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(3):484. doi: 10.3390/ijerph15030484.
22. วชิระ สุริยวงศ์ และคณะ. วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2560;5(1): 103-18.
23. อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.
24. Amponsah-Tawiah K, AduMAWork Pressure and Safety Behaviors among Health Workers in Ghana:The Moderating Role of Management Commitment to Safety. *Saf Health Work*. 2016; 7(4): 340-346. doi: 10.1016/j.shaw.2016.05.001
25. ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร. การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรง พยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2560;31(1):61-71.
26. Rapeephan R. Maude. Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand. *BMC Public Health*. 2021; Doi.org/10.1186/s12889-021-10768-y.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี
Factors related to self-care behavior of hypertensive Patients
Nong Chok Health Promoting Hospital, Tha Yang District
Phetchaburi Province

บุญยลิตา กิจสุดแสง*

Bunlita Kidsudsang*

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี

*Nong Chok health promoting hospital, Tha Yang district, Phetchaburi Province

(Received: April 3, 2023; Revised: June 12, 2023; Accepted: June 23, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.88 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.57) อายุ 51 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.71) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) ศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.43) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 72.14) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 79.29) มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.43) และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (ร้อยละ 85.71) มีคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันสูงในระดับสูง (ร้อยละ 72.14) ด้านทัศนคติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD=0.63$) การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, $SD= 0.63$) ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, $SD=0.70$) และปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$, $SD=0.70$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$, $SD= 0.21$) ปัจจัยส่วนบุคคลสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

The objectives of this research were to study factors related to self-care behavior of hypertensive patients Nong Chok Health Promoting Hospital, Tha Yang District, Phetchaburi Province. The samples were patients with hypertension of Nong Chok Sub-district Health Promoting Hospital, Tha Yang District, Phetchaburi Province between November and December 2022. 140 patients were selected by purposive sampling. The research instrument was a questionnaire on factors related to hypertension with a questionnaire reliability of 0.88. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, chi-square and Pearson's correlation coefficient. The results showed that most of the patients were female (63.57%), aged 51 years and over (55.71%), marital status married (70%), educated in elementary school, (61.43%), farmers (72.14%) income per month between 5,000-10,000 baht (79.29%), having a first-degree relative with hypertension (51.43%) and no chronic disease (85.71%) The sample had a high level of knowledge about hypertension (72.14%). Attitude was at a high level ($\bar{X}$ = 3.89, SD = 0.63). Perceived barriers and severity of hypertension were at high levels ($\bar{X}$ 3.91, SD=0.63) Contributing factors were at a high level. ($\bar{X}$ 3.72, SD=0.70) and supporting factors were at high level. ($\bar{X}$ = 3.82, SD=0.70) Self-care behaviors of patients with hypertension were at high levels ($\bar{X}$ = 3.69, SD=0.21) personal factors, marital status, education level and occupation, leading factors, facilitating factors, and supporting factors were associated with self-care behavior of hypertension with statistical significance at .05.

Keywords: self-care behavior, high blood pressure patients, Phetchaburi Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้ร้ายสุขภาพประชากรโลกมาอย่างยาวนาน และเป็นเสมือนฆาตรกรเงียบ ที่พร้อมจะพรากชีวิตผู้คนบนโลกใบนี้ได้ตลอดเวลา¹ จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปีพ.ศ. 2557 (NHES) ความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในปีพ.ศ.2557 เท่ากับร้อยละ 24.70 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศหญิงภายหลังจากปีพ.ศ.2558 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 49.8 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเช่นกัน อุตสาหกรรมการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเชิงบวกด้านพฤติกรรมในประชากรที่ดีขึ้นทั้งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และวัยรุ่น คือ ความชุกของการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพคือการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ กล่าวได้ว่า การลดลงของอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นผลจาก

มาตรการการควบคุม ป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นควรมีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การบริโภคอาหารและปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันอย่างต่อเนื่อง² ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและรักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันไว้ก่อน สาเหตุการเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมและการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆของผู้ป่วยเช่นการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ไขมันและโคเลสเตอรอลสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดในชีวิตเรื้อรัง ได้แก่ ความเครียดในการทำงาน ความเครียดในหน้าที่การงาน ความไม่สมดุลระหว่างความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ ความเครียดในชีวิตสมรสและในครอบครัว และความเครียดเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง³

ทั้งนี้ พบว่าสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปี 2563 ภาพรวมประเทศ มีเป้าหมายการคัดกรอง 19,519,171 คน คัดกรองได้ 17,415,986 คน (89.23%) พบกลุ่มเสี่ยง 1,242,528 คน (7.13%) พบกลุ่มสงสัยป่วย 680,081 คน (3.90%) กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจติดตาม 553,302 คน (68.92%) การดำเนินงานปีงบประมาณ 2564 ภาพรวมประเทศ รอบ 12 เดือน (ต.ค.63 - ส.ค. 64) มีเขตสุขภาพที่ยังดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4, 12, 6, และ 11 คิดเป็นร้อยละ 33.61, 51.72, 52.86 และ 55.79 ตามลำดับ และสำหรับโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายการคัดกรอง จำนวน 19,339,645 คน คัดกรองได้ 17,040,197 คน (88.11 %) พบกลุ่มเสี่ยง 1,311,219 คน (7.69%) พบกลุ่มสงสัยป่วย 808,416 คน (4.75%) และในกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจติดตาม 615,443 คน (76.13%) ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด แต่มีเขตสุขภาพที่ยังดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4 และ 6 คิดเป็นร้อยละ 53.09 และ 61.23 ตามลำดับ⁴ สำหรับจังหวัดเพชรบุรี อยู่เขตในสุขภาพที่ 5 พบว่า อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ในปี 2561 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.13 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.36 ในปี 2562 อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.89 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.66 ในปี 2562⁵ และตำบลหนองจอก พบว่า สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2561 พบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 327 ราย ปีงบประมาณ 2562 พบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 327 ราย ปีงบประมาณ 2563 พบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 353 ราย⁶ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่ออวัยวะและการทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกาย และทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะต่างๆ ได้ อาทิ โอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เนื่องจากหัวใจต้องทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ โอกาสเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันร้อยละ 20-30 มีโอกาสเสียชีวิตจากไตวายร้อยละ 5-10 โอกาสเป็นอัมพาตมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า ที่สำคัญคือปัจจุบันมีคนไทย

เสียชีวิตจากผลพวงของโรคความดันโลหิตสูงปีละ 48,000 ราย เสียชีวิต 5 ราย และมีคนไทยเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตประมาณ 250,000คน⁷ รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยางาย จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และนำไปสู่ความปกติสุขของบุคคลจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า มีผลกระทบที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ (psychological consequences) ด้านการเงินและการประกอบอาชีพ (financial and professional consequences) และด้านร่างกาย (health consequences)³ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเผชิญกับอาการของโรค และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและอาจทำให้ครอบครัว รวมไปถึงชุมชนได้รับผลกระทบดังกล่าวด้วย อีกทั้งการเกื้อหนุนทางสังคม (social support) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน เกิดความเข้าใจ รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับการยอมรับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง และพ่อแม่ จากทฤษฎีการเกื้อหนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ⁹

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การที่บุคคลได้รับรู้ถึงการช่วยเหลือ สนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (direct effect) ทำให้เกิดความมั่นคงต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ความตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง รวมถึงการส่งผลต่อการทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันและฮอร์โมนในร่างกาย ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมภาวะสุขภาพที่ดีและความผาสุก¹⁰ และการเกื้อหนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี¹¹ จะเห็นได้ว่าการเกื้อหนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล รวมทั้งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วย และการช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียด การเกื้อหนุนทางสังคมช่วยในการปรับพฤติกรรมเพื่อการผ่อนคลายและส่งเสริมภาวะสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ต้องมีความต่อเนื่อง เสมอภาค มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง¹² โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care) ของโอเร็ม¹³ เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเองมากำหนดตัวแปรตามคือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยางาย จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติด้านการรับประทานยา การออกกำลังกายและการควบคุมอาหารไม่ให้ความดันสูงขึ้นด้วยตนเองที่บ้าน

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองควบคุมความดันโลหิตป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี

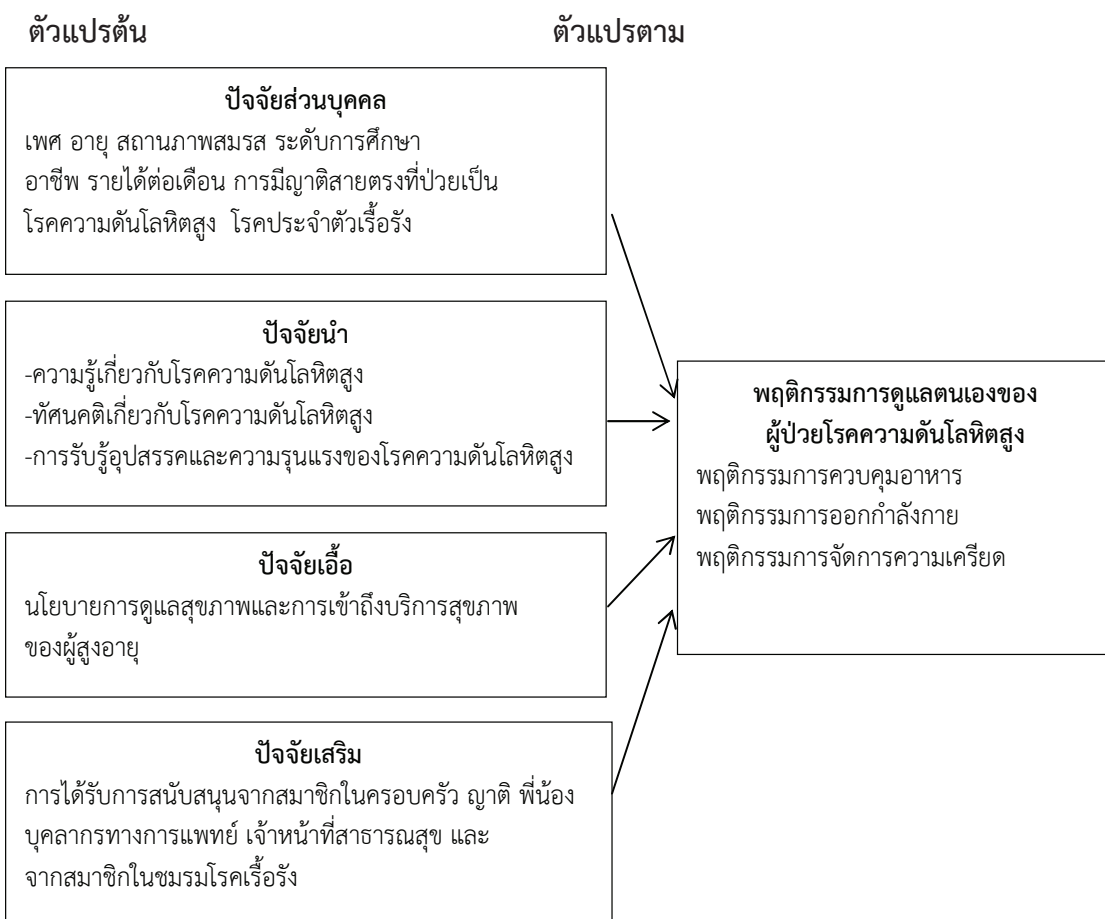
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวก

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 140 คน โดยพื้นที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมู่ที่ 5 หมู่ 6 หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 8 หมู่ที่ 9 หมู่ที่ 10 หมู่ที่ 11 หมู่ที่ 12 และ หมู่ที่ 13 ตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยสำรวจเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก
อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ทุกช่วงวัย) ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-เดือนธันวาคม
พ.ศ. 2565 ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน
มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยและ

เข้ารับบริการจากแพทย์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก เกณฑ์คัดออกคือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละระยะมีการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ระหว่างดำเนินการวิจัย และมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำวิจัยหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่าทาง จังหวัดเพชรบุรี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากงานวิจัยของ ของตรุณี ยศพล¹⁴ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนการมีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคประจำตัวเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะเป็นเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ

		ข้อความที่เป็นบวก	ข้อความที่เป็นลบ
ตอบถูก	ได้	1	0
ตอบผิด	ได้	0	1
ตอบไม่ทราบ	ได้	0	0

การแปรผล แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ระดับมาก	ได้คะแนนระหว่าง	13-20
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	7-12
ระดับน้อย	ได้คะแนนระหว่าง	0-6

ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,15,17,19 มีข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ 12, 14, 16,18, 20 จะเป็นคำถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,15,17,19,22,24 มีข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ 12, 14, 16,18, 20,21,23,25 จะเป็นคำถามแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดโดยมีระดับการให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย นโยบายการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย ลักษณะของคำถาม จำนวน 20 ข้อ จะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดโดยมีระดับการให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวญาติ พี่น้อง บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ จะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับ โดยมีระดับการให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง่าง จังหวัดเพชรบุรี มีจำนวน 3 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกายด้านการจัดการความเครียด ลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ระดับ โดยมีการให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาทำการทดสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหา (validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยพิจารณาสำนวนภาษาเกณฑ์การให้คะแนนความถูกต้องของการวัด ได้ ค่า IOC เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับ

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอชะอำ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี รหัสเลขที่โครงการวิจัย PBEC No. 36/2565 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้วผู้วิจัยให้ข้อมูล แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ จุดประสงค์ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวม ข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิในการได้รับข้อมูลเปิดเผยทั้ง ด้านบวกและด้านลบของการวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อ ไม่ให้ ปรากฏ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ พร้อมทั้งสิทธิในการในการตอบรับหรือปฏิเสธการ เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กรณีกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้าร่วมการวิจัยอาจมีข้อขัดแย้งหรือเป็นที่สงสัยของชุมชน ในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อป้องกันข้อครหาภายใน ชุมชน อีกทั้งเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่องานและผู้อื่นในสังคม ผู้วิจัยให้สิทธิ กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วม วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการดังนี้

1. ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการที่จะนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ตอบแบบสอบถาม

2. เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาตามนัดในคลินิก ก่อนเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าคำตอบหรือข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้ในการ วิจัยครั้งนี้เท่านั้น

- 2.2 เมื่อผู้ป่วยยินดีเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จากนั้นอธิบายวิธีตอบ แบบสอบถาม

- 2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความ ครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม หากพบว่าไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่า เฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติการทดสอบค่าที (t- test) และการวิเคราะห์ความ

แปรปรวนทางเดียว F –test (one – way ANOVA) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติค่าไคสแควร์ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีดังนี้

0.90 ขึ้นไป	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
0.70 -0.89	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.50 -0.69	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.30-0.49	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
ต่ำกว่า 0.30	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.57 อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.71 สถานภาพสมรสแบบคู่ ร้อยละ 70.00 มีระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.43 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.14 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 79.29 และมีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.43 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 85.71 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=140)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศหญิง	89	63.57
อายุ 51 ปีขึ้นไป	78	55.71
สถานภาพสมรส	98	70.00
ระดับประถมศึกษา	87	61.43
อาชีพเกษตรกร	101	72.14
รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท	111	79.29
มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	73	51.43
ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง	120	85.71

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

2.1 ระดับความรู้เรื่องเบาหวานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยางาย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.14 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
(n = 140)

ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	96	72.14
2. ปานกลาง (ร้อยละ 60-79.9)	22	22.14
3. ต่ำ (ร้อยละ 60ลงมา)	9	5.72
รวม	140	100.00

2.2 ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มา
รับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก
($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.63$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
(n = 140)

ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น
1. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มทำให้ความดันโลหิตของท่านสูงขึ้น	3.72	0.68	มาก
2. เป็นโรคความดันโลหิตสูงนานๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษา มีโอกาสเสี่ยงที่จะ เป็นโรคเส้นเลือดตีบ	3.81	0.66	มาก
3. โรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้	3.96	0.71	มาก
4. ความโกรธ อารมณ์ฉุนเฉียว มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	3.79	0.45	มาก
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่	3.74	0.58	มาก
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการดื่มสุรามีผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน	3.71	0.78	มาก
7. โรคความดันโลหิตสูงไม่ใช่โรคที่อันตรายรักษาหายได้	3.97	0.62	มาก
8. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	4.43	0.65	มาก
9. ผู้ที่มีภาวะเครียดเป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.62	0.47	มาก
10. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุมากมีโอกาสดีกอัมพาตได้	3.81	0.57	มาก
11. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงห้ามออกกำลังกายเพราะจะทำให้ ความดันโลหิตสูงขึ้น	3.83	0.67	มาก
12. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง	3.86	0.63	มาก
13.ป่วยความดันโลหิตสูง ควรรับประทานยาเป็นประจำ	3.98	0.62	มาก
14. การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	3.67	0.69	มาก
15. การงดรับประทานไขมัน ไม่สามารถป้องกันการเกิดเส้นเลือดตีตัน	3.72	0.79	มาก
16. ถ้าระดับความดันโลหิตของท่านลดอยู่ในระดับปกติก็ไม่จำเป็นต้องมา ตรวจตามนัด	4.41	0.59	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 140)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น
17. ผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเป็นผู้ที่มีปมด้อยเข้ากับสังคมได้ยาก	3.99	0.48	มาก
18. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรได้รับการดูแลรักษาตามนัดแพทย์ ทุกครั้ง	3.73	0.69	มาก
19. ยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่า ยาแผนปัจจุบัน	3.71	0.70	มาก
20. โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากโรครวมเกินไปใช้โรคจากการปฏิบัติตัว	4.41	0.65	มาก
รวม	3.89	0.63	มาก

2.3 การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัด เพชรบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีระดับการรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.63$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 140)

การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น
1. ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง	3.63	0.45	มาก
2. ผู้ป่วยรับประทานยา ที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากลืม	3.80	0.58	มาก
3. ท่านไม่รับสามารถไปพบหมอตตามนัดเนื่องจากไม่มีคนพาไป	3.71	0.78	มาก
4. การไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหาร ได้ เนื่องจากการซื้ออาหาร รับประทาน	3.82	0.62	มาก
5. การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำไม่ได้	3.98	0.65	มาก
6. การเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ทำไม่ได้	3.87	0.47	มาก
7. การรับประทานอาหารรสเค็มและรสจัดซึ่งถูกเป็นผู้จัดการให้ไว้ รับประทาน	3.70	0.57	มาก
8. ท่านควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดีเนื่องจากปัญหาของคนในครอบครัว ทำ ให้ปัญหา ภาวะเครียดแก้ไขไม่ได้	4.10	0.67	มาก
9. ท่านไม่สามารถออกกำลังกายต่อเนื่องได้ เนื่องจากไม่มีเวลา	4.12	0.63	มาก
10. ท่านมีอาการนอนไม่หลับเนื่องจากการพักผ่อนไม่ตรงเวลา	4.15	0.62	มาก
11. ท่านไม่สามารถออกกำลังกายต่อเนื่องได้	4.20	0.69	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 140)

การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น
12. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่	4.11	0.79	มาก
13. ถ้าปล่อยให้ความดันโลหิตสูงโดยไม่รักษาอาจทำให้ตาบอดได้	3.89	0.59	มาก
14. ภาวะอ้วนทำให้ความดันโลหิตสูง	3.69	0.45	มาก
15. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่	3.81	0.58	มาก
16. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุมาก มีโอกาสเกิดอัมพาตได้น้อย	3.82	0.78	มาก
17. ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานที่มีโอกาส พิการได้	3.83	0.62	มาก
18. โรคความดันโลหิตสูงมีส่วนทำให้เกิดเส้นเลือดแดงใหญ่ที่หัวใจแตก	3.78	0.65	มาก
19. ความโกรธ อารมณ์ฉุนเฉียว มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	3.73	0.47	มาก
20. การลดรับประทานไขมันสามารถป้องกันการเกิดเส้นเลือดตีตัน	3.92	0.57	มาก
21. อาหารที่ปรุงจากน้ำมัน พวกปาล์ม และมะพร้าวทำให้ไขมัน ในเลือดสูง	3.96	0.67	มาก
22. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดมีไขมันสูงจะทำให้เส้นเลือดในสมอง แตกได้	3.46	0.63	มาก
23. โรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดไตวาย	3.81	0.62	มาก
24. การออกกำลังกายโดยใช้แรงมากๆ เช่น ยกของหนัก แบก หาม จะช่วย ลดความดันโลหิตได้	4.39	0.69	มาก
25. โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคอันตรายต่อสุขภาพ	4.40	0.79	มาก
รวม	3.91	0.63	มาก

2.4 ปัจจัยเอื้อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 3.72$, $SD=0.70$) เมื่อพิจารณารายด้านด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 3.78$, $SD=0.79$) รองลงมา คือ ด้านนโยบายการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.65$, $SD=0.61$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยเอื้อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี (n = 140)

ปัจจัยเอื้อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น	ลำดับที่
1.	ด้านนโยบายการดูแลสุขภาพ	3.65	0.61	มาก	2
2.	ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย	3.78	0.79	มาก	1
รวม		3.72	0.70	มาก	

2.5 ปัจจัยเสริมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณารายด้านด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง บุคลากรทาง การแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกในชมรมโรคเรื้อรัง ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.71$) รองลงมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.69$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านปัจจัยเสริม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอกอำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี (n = 140)

ปัจจัยเสริมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น	ลำดับที่
1.	ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ด้านการรับประทานอาหาร	3.66	0.69	มาก	2
2.	ด้านการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง บุคลากรทาง การแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกในชมรมโรคเรื้อรัง	3.98	0.71	มาก	1
รวม		3.82	0.70	มาก	

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$, $SD = 0.21$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 0.28$) รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.27$) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.40$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอกอำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี (n = 140)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ	อันดับที่
1.	ด้านการควบคุมอาหาร	3.79	0.28	มาก	1
2.	ด้านการออกกำลังกาย	3.66	0.27	มาก	2
3.	ด้านการจัดการความเครียด	3.62	0.40	มาก	3
รวม		3.69	0.21	มาก	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะและการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 8 และ 9

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว F –test (n=140)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			F	df	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)			
สถานภาพสมรส				21.572*	4	.020
-สถานภาพสมรสแบบคู่	11(4.5)	3 (1.2)	9(3.7)			
-โสด	20 (20.4)	79 (32.2)	41 (16.7)			
-หม้าย/หย่า	8 (3.30)	18 (7.3)	26 (10.6)			
ระดับการศึกษา				11.450*	0	.017
-ประถมศึกษา	39 (15.9)	57 (23.3)	37 (15.1)			
-มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (7.8)	21 (8.6)	13 (5.3)			
-มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	5(2.0)	12 (4.9)	19 (7.8)			
-ปวส./อนุปริญญา	5(2.0)	8 (3.3)	5 (2.0)			
-ปริญญาตรี	1 (0.4)	2 (0.8)	2(0.8)			
อาชีพ				26.77*	10	.003
-เกษตรกร	20(8.2)	20(8.2)	19(7.8)			
-รับราชการ	14 (5.7)	30(12.2)	16(6.5)			
- รับจ้าง	18(7.3)	12 (4.9)	9(3.7)			
-ธุรกิจ/ค้าขาย	9(3.7)	14(5.7)	16(6.5)			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะและการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (n=140)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	0.04	0.520
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.51*	0.042
การรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	0.03	0.128
ปัจจัยเอื้อ		
นโยบายการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.90*	0.016
ปัจจัยเสริม		
การได้รับสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกในชมรมโรคเรื้อรัง	0.36*	0.052

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส มีระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท และมีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ทำให้มีการเตรียมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของดรุณี ยศพล¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปัจจัยชีวสังคมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-65 ปี สถานภาพคู่สมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำ พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาในระยะเวลายาวนานส่งผลทำให้มีการหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมรัตน์ ขำมาก¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ในโรคนี้ รวมทั้งมีการพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นเวลานานแล้วจึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีด้านทัศนคติอยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรค

และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ปังจัยเอื้อ และปังจัยเสริมโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาทยา ดวงประทุม¹⁶ ที่ศึกษาการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปังจัยเอื้อ และปังจัยเสริม อยู่ในระดับมาก

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยสนใจในการดูแลตนเองทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้จึงส่งผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิธร ตันติเอกรัตน์¹⁷ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปังจัยส่วนบุคคล ปังจัยนำ ปังจัยเอื้อ และปังจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ปังจัยส่วนบุคคล ได้แก่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง ปังจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิด และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง ปังจัยเอื้อ และปังจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของสมรัตน์ ขำมาก¹⁵ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในระดับสูง ร้อยละ 86.20และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในระดับสูง ร้อยละ 94.82 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมด้านความรู้ ทักษะคิดของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และมีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับบุคคลอื่นในสังคม

2. ด้านนโยบาย ควรมีแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยขับเคลื่อน

สังคมสร้างสังคมที่ทุกคนอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของจิตพลัง “ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และท้องถิ่น” เน้น “การสร้าง นำซ่อม” เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถดูแลตนเองให้นานที่สุด รวมถึงการเตรียมความพร้อมในระบบเศรษฐกิจ สังคม และบริการสุขภาพภายใต้บริบทของสังคมสูงวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุมตัวแปร ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาโปรแกรม สุขศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
2. จินตนา อาจสันเทียะ และ พรนภา คำพราว. รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):123-27.
3. มุจิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริม ศักดิ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 2558;(ฉบับพิเศษ):18-29.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ.2563 จำแนกรายจังหวัด.[อินเทอร์เน็ต]2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยพ.ศ. 2554-2563. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. เพชรบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2563.
7. ประเสริฐ ธนกิจจารุ.การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(5):36-48.
8. พัชรภรณ์ พัฒนะ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี [การค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
9. รุ่งระวี นาวิเจริญ. ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ; 2560.

10. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด นครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
11. พิทยา ไพบูลย์ศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(1):98-105.
12. อาภรณ์ ดินาน สงวน ธาณี วชิราภรณ์ สุ่มนวงศ์ สมสมัย รัตนกริธากุล และ ชัชวาล วัฒนกุล. การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ระยะที่1). [รายงานวิจัย]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
13. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
14. ดร.ณิ ยศพล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลตำบลอรัญญิก อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2560.
15. สมรัตน์ ขำมาก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสีติงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(3):153-69.
16. นาทยา ดวงประทุม. การรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์. 2564;8(3):188-99.
17. ศศิธร ตันติเอกรัตน์และอภิชัย คุณีพงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำคำ อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2563;12(6):2542-56.

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองสระปลา อำเภอนonghan จังหวัดอุดรธานี
The development of a model for promoting health literacy in sugar
control of type II diabetic patients in Nongsapla Subdistrict,
Nonghan District, Udonthani Province

สมพร สีดาอ่อน*

Somporn Sida-on*

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อง อำเภอนonghan จังหวัดอุดรธานี

*Ban Tong Health Promoting Hospital Nonghan District, Udonthani Province

(Received: May 23, 2023; Revised: June 28, 2023; Accepted: June 30, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 270 คน 2) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนและ 3) การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีหยาบแบบไม่คืนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Pair t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.06$, $SD=0.09$) และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.12$, $SD=0.10$) รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูล และ (2) การฝึกอบรมทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง และ 3) ผลการใช้รูปแบบพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ค่าเฉลี่ยในภาพรวมดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X}=2.10$ และ 2.27) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล

Abstract

Research and development aimed to develop a health literacy promotion model for controlling blood sugar levels in type II diabetes mellitus. The research was divided into 3 steps: 1) to study the problems and the need to promote health literacy in controlling sugar levels, sample group was 270 diabetic patients. 2) Develop a model to promote health literacy in controlling sugar levels, sample group was 30 people and 3) an experimental model of health literacy promotion in controlling sugar levels, sample consisted of 159 persons, random sampling by without replacement information using a questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and Pair t-test. The results revealed that 1) Health literacy in controlling blood sugar levels of diabetic patients, the average score was low ($\bar{X}=1.06$, $SD=0.09$) and the behavior of sugar control of patients with type II diabetes had a moderate average score ($\bar{X}=2.12$, $SD=0.10$) 2) The model for promoting health literacy consists of: (1) self-care education; media literacy, access to information, and (2) training in skills such as decision skills, communication skills and self-management skills. 3) The results of using the model found that health literacy in glycemic control and glycemic control behavior, the overall mean was better than before using the model ($\bar{X}=2.10$ and 2.27), significantly different at the .05 level

Keywords: Health Literacy, type II diabetes mellitus, sugar control behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาหลักทางสุขภาพของคนไทยและคนทั่วโลก จากข้อมูลโดยสมพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้ประมาณการว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 382 ล้านคนทั่วโลก และจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 642 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583¹ เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยโดยพบว่าเป็นสาเหตุเสียชีวิตอันดับสองในเพศหญิง ร้อยละ 8.00 และเป็นสาเหตุที่เสียชีวิตอันดับสิบในเพศชาย ร้อยละ 3.20 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดคือ stroke ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 9.40 และร้อยละ 11.30 ตามลำดับ²

สมาคมโรคเบาหวาน สหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association; ADA) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้จัดประเภทของโรคเบาหวานไว้ 4 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่นๆ (other specific type of diabetes) และโรคเบาหวานในหญิงมีครรภ์ (gestational diabetes mellitus; GDM)³ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุดเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน พบได้ในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินในผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง

ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเฉียบพลันหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังของอวัยวะและระบบต่างๆ เช่น ตา เท้า ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด^{4,5}

ปัญหาสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดจากการที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คือ มีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการตนเอง การเลือกตัดสินใจสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคของตนเองไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์⁶ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งเป็นผลจากการไม่สามารถเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง⁷ โดยที่คนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มของภาวะสุขภาพแย่กว่าคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงและผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าระดับปวส.ขึ้นไปจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือโดยระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นด้วย⁸ นอกจากนี้ ยังพบว่าเพศชายจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายได้รับการศึกษาที่สูงกว่าเพศหญิง ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า⁹ และอายุก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่แปรผกผันกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้ และการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ช้าลง¹⁰ จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการที่จะมีสุขภาพดีด้วย กล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะถ้าขาดทักษะใดทักษะหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและมีแนวโน้มพบปัญหาสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาและการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะในการป้องกันและการดูแลรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้พบโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง¹¹

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า คือ การแสดงทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลไปเพื่อการเสริมสร้างและรักษาสุขภาพตนเองได้¹² โดยมีจุดมุ่งเน้น ใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ 2) การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 3) การเพิ่มการไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงรักษาสุขภาพ 4) การพัฒนาการวัดประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องด้วยความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระดับสุขภาพที่แข็งแรงจนถึงเจ็บป่วย ในเรื่องของความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้และนำไปสู่การดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีสุขภาพร่างกายที่ดี¹³ การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพนั้นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมความรู้ ความเข้าใจที่จะนำมาสู่การรักษาสุขภาพตนเอง โดยภาครัฐบาลให้ความสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ในการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยให้เหมาะสมกับการมีสุขภาวะที่ดีด้วยวิธีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมการเรียนรู้

จังหวัดอุดรธานี ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในอันดับต้น ๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 8¹⁴ และมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2565 คิดเป็น 491.39,570.33,559.00 และ 547.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในช่วงเวลาเดียวกัน คิดเป็น 6.40 ,6.72,7.01 และ 7.58 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยเฉพาะอำเภอหนองหานมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน จำนวน 5,855 , 6111 6,475 และ 6,804 ราย ซึ่งเป็นปัญหาที่สูงมาก¹⁵

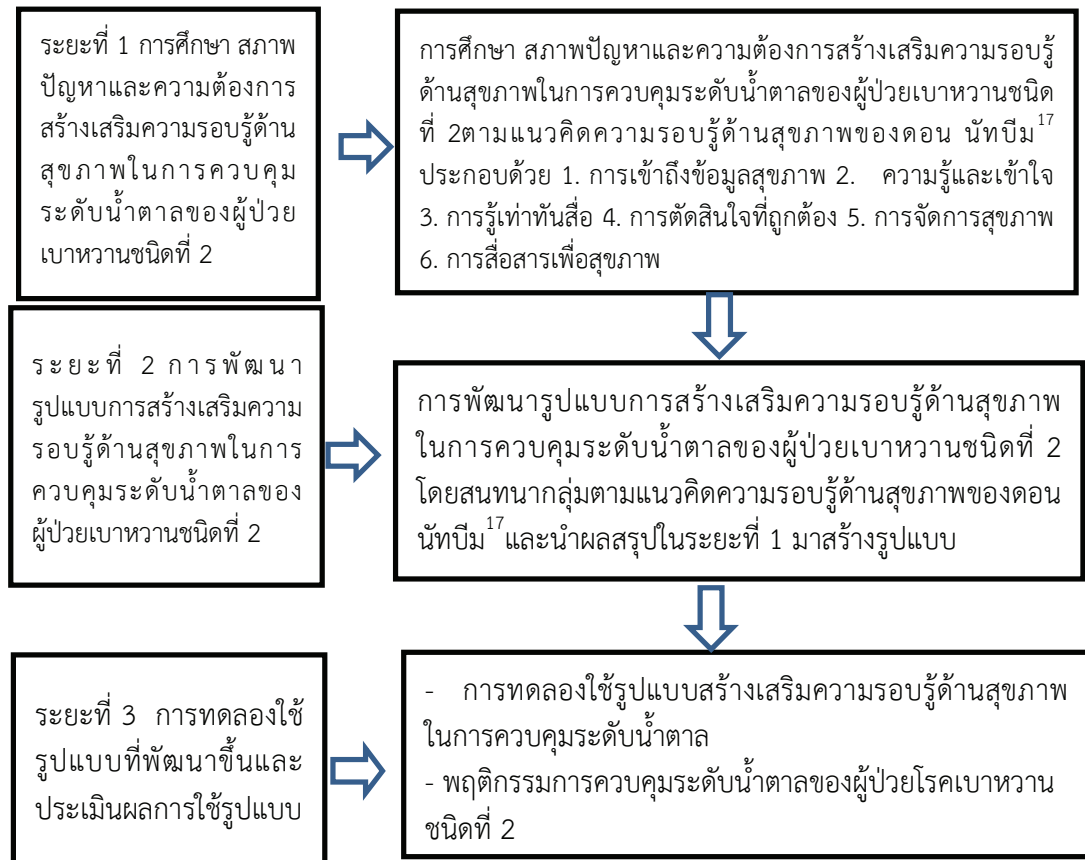
ตำบลหนองสระปลา อยู่ในเขตการปกครองของอำเภอหนองหานมีความหลากหลายของประชากร และความแตกต่างของลักษณะการประกอบอาชีพในด้านภาวะสุขภาพพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นลำดับที่ 1 ของผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอง จากโปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีนอมนัย (Hos xp PCU) ในปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 304, 315, 355 และ 376 ราย ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 32.54 และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน จำนวน 10คน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้แก่ ตัดขา 3 ราย และตัดนิ้วเท้าอีก 4 ราย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารเหมือนก่อนเป็นเบาหวาน การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องรวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมระดับน้ำตาลที่ถูกวิธี¹⁶

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะนี้เป็นการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ การสำรวจและการสัมภาษณ์บุคคล ดังนี้

วิธีที่ 1 การสำรวจโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 252 คน

วิธีที่ 2 สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคัดเลือกตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละหมู่บ้าน ๆ ละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 18 คนโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- 1) เป็นชายหรือหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ป่วยด้วยโรคเบาหวานและรับการรักษาโดยการรับประทานยาตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
- 2) มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในตำบลหนองสระปลา อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
- 3) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมรูปแบบการทดลองจนสิ้นสุดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของความรอบรู้ทางสุขภาพของดอน นัทปิม¹⁵ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ความรู้และเข้าใจ 3) การรู้เท่าทันสื่อ 4) การตัดสินใจที่ถูกต้อง 5) การจัดการสุขภาพ และ 6) การสื่อสารเพื่อสุขภาพ

2. แบบสอบถามการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 6 ตอนด้วย ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินทักษะความรู้ความเข้าใจ การแปลความที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจาก TOFHLA และ DNT15 โดยดัดแปลงคำถามจากเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย การเข้ารับการรักษา การรับประทานยา การดูแลเท้า การรับประทานยาการออกกำลังกายโดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ รวม 15 คะแนน¹⁸ เกณฑ์การให้คะแนน โดยถ้าตอบตรงคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน และนำคะแนนรวมมาแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตาม TOFHLA ดังนี้

0-8 คะแนน (0-59%)	มีทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง
9-11 คะแนน (60-74%)	มีทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง
12-15 คะแนน (75-100%)	มีทักษะความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับถูกต้องสูง

ตอนที่ 2 แบบประเมินทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความถี่ในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ดังนี้ เข้าถึงทุกครั้ง เข้าถึงบางครั้ง เข้าถึงนานๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีจำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อความดังนี้

ทุกครั้ง	3	คะแนน
บางครั้ง	2	คะแนน
นานๆ ครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยเลย	0	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

0-8 คะแนน (0-59%) หมายถึง มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ

9-11 คะแนน (60-79%) หมายถึง ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

12-15 คะแนน (80-100%) หมายถึง ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 3 แบบประเมินทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงทางสุขภาพลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ ดังนี้ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5 และข้อ 6 มีข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ข้อ 1 และ ข้อ 2 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อความดังนี้

ข้อความทางบวก

ปฏิบัติทุกครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0	คะแนน

ข้อความทางลบ

ปฏิบัติทุกครั้ง	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	3	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนนและแปลผลการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ¹⁹ ดังนี้

0-10 คะแนน (0-59%) หมายถึง มีทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ

11-14 คะแนน (60-79%) หมายถึง มีทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

15-18 คะแนน (80-100%) หมายถึง มีทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 4 แบบประเมินทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของผู้ป่วยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ แบ่งตามความถี่ของการปฏิบัติดังนี้ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลยมีจำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อความ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติมานานๆ ครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ¹⁹ ดังนี้

0-10 คะแนน (0-59%)	หมายถึง	มีทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ
11-14 คะแนน (60-79%)	หมายถึง	มีทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
15-18 คะแนน (80-100%)	หมายถึง	มีทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 5 แบบประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติ ดังนี้ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4 และ ข้อ 5 มีข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ข้อ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก			ข้อความทางลบ		
ปฏิบัติทุกครั้ง	3	คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	คะแนน	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	คะแนน
ปฏิบัติมานานๆ ครั้ง	1	คะแนน	ปฏิบัติมานานๆ ครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0	คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติเลย	3	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเอง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ¹⁹ ดังนี้

0-8 คะแนน (0-59%)	หมายถึง	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ
9-11 คะแนน (60-79%)	หมายถึง	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
12-15 คะแนน (80-100%)	หมายถึง	มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 6 แบบประเมินทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองข้อคำถามมีจำนวน 5 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ตามสิ่งที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติ หรือคาดว่าจะปฏิบัติหากอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ดังนี้

0 คะแนน สำหรับการตอบตัวเลือกที่มีระดับเหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มี

1 คะแนน สำหรับการตอบตัวเลือกที่มีระดับเหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มีร่วมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสีย

2 คะแนน สำหรับการตอบตัวเลือกที่มีระดับเหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มี ร่วมกับทักษะการปฏิเสธเพื่อประโยชน์ของตนเอง

3 คะแนน สำหรับการตอบตัวเลือกที่มีระดับเหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มีร่วมกับทักษะการปฏิเสธเพื่อประโยชน์ของตนเอง ทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ¹⁹ ดังนี้

0-8 คะแนน (0-59%)	หมายถึง	มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดีพอ
9-11 คะแนน (60-79%)	หมายถึง	มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้
12-15 คะแนน (80-100%)	หมายถึง	มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของวรรณ วรงค์ และ เกศกานดา ศรีระชา (2557) ประกอบด้วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 4 ข้อ และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ

ข้อความทางบวก			ข้อความทางลบ		
ปฏิบัติทุกครั้ง	3	คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง	1	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	คะแนน	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	คะแนน	ไม่เคยปฏิบัติเลย	3	คะแนน

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลคะแนน เพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็น 3 กลุ่ม¹⁸ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองผู้ป่วยเบาหวานแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองผู้ป่วยเบาหวาน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาและภาษา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่านและหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.84 - 0.93 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขไปหาค่าความเที่ยงจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีที่ 1 การสำรวจ ผู้วิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือกับผู้ป่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยความสมัครใจ เปิดโอกาสให้สอบถามในส่วนที่สงสัยและยังไม่เข้าใจ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 252 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำเข้าโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 18 คน ดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจดบันทึกสรุปสั้นๆ พร้อมกับการบันทึกเทปการสนทนา การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์เชิงสถิติด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียงจัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis) ถอดรหัส ความหมาย (codification) หรือให้ความหมายกับข้อมูลจำแนกและจัดระบบข้อมูล และสรุปผลการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความของผู้วิจัยโดยใช้แนวทางของลินโคลน์และกูปาร์²⁰ ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลโดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ และการสร้างความเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุม ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดรหัสและการตรวจซ้ำอย่างเป็นขั้นตอน 3) ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำโดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้นำผลสรุปในระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของดอน นัทิม¹⁵ หลังจากนั้นนำรูปแบบไปประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปดำเนินการ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลอนามัยชุมชน

2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำรูปแบบที่ร่างขึ้นไปทดลองใช้ โดยมีประชากรในการศึกษาจำนวน 343 คนประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 252 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 2 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 90 คน รวมทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 18 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน รวมทั้งสิ้น 30 คนโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ป่วยด้วยโรคเบาหวานและรับการรักษาโดยการรับประทานยา โดยป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในตำบลหนองสระปลา อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมรูปแบบการทดลองจนสิ้นสุดการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ขอลถอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรในการศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 252 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 159 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ test family เลือก F-test, Statistical test เลือก ANOVA: Fixed Effects, Omnibus, Oneway กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size)=0.25 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 สุ่มตัวอย่างโดยวิธีหยิบบล๊อคแบบไม่คืน (without replacement)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ป่วยด้วยโรคเบาหวานและรับการรักษาโดยการรับประทานยา โดยป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่านและเขียนได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี
3. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลหนองสระปลา อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี

มีความสนใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ขอลถอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย
2. มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดรูปแบบการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 ครั้ง โดยมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้

ครั้งที่ 1 มีการจัดกิจกรรมการประเมินสุขภาพได้แก่ การตรวจคัดกรอง เช่น การประเมินตนเองเบื้องต้นได้แก่ การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว การอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ด้านความรู้เรื่องโรคและอาการของโรค ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการเกิดโรคการป้องกันตัวเอง และการรักษา และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มการอภิปรายและเสวนา

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการรักษาทันตสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลในการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ครั้งที่ 3-4 การฝึกอบรมทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง

ครั้งที่ 5 เป็นการประเมินผล โดยได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมดำเนินงาน

หลังจากดำเนินรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประเมินผลการใช้รูปแบบการและการสรุปผลการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ Pair t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี หมายเลข UDREC 8066 และผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูล เพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารในช่วงระยะเวลาปีแรก ๆ หลังจากนั้นจะกลับเข้าสู่สภาพเดิม สำหรับความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากหน่วยบริการเป็นหลักจากการมาตรวจตามนัดและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งบางส่วนนำไปปฏิบัติตาม บางส่วนยังคงพฤติกรรมเดิม ส่วนในด้านมิติอื่น ๆ ยังไม่ชัดเจน และผลสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.06, SD=0.09) พบว่าทักษะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ การแปลความที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ = 0.40, SD=0.06) และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.12, SD=0.10) พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ = 1.60, SD=0.24)

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย 1) การประเมินสุขภาพได้แก่ การตรวจคัดกรอง เช่น การประเมินตนเองเบื้องต้นได้แก่ การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว 2) การอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ได้แก่ 2.1) ด้านความรู้เรื่องโรคและอาการของโรค ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการเกิดโรคการป้องกันตัวเอง และการรักษา และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2.2) การรู้เท่าทันสื่อโดยใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม พูดคุยแลกเปลี่ยน โดยการใช้ทักษะการสื่อสาร พูด อ่านหรือเขียน 2.3) การเข้าถึงข้อมูล โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การเลือกสื่อความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน อาหารทางเลือก อาการและภาวะแทรกซ้อน จากแหล่งความรู้ทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube 2.4) การฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยการวิเคราะห์ข่าว/ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวาน การใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลแผลเบาหวานที่มีในสื่อ

ออนไลน์โดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของข่าว แหล่งที่มาของข่าว 2.5) ทักษะการสื่อสารโดยใช้เกม และ 2.6) ทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง ทำอย่างไรให้น้ำตาลในเลือดปกตินำเสนอแนวทางและร่วมกันจัดทำเป็นแนวปฏิบัติของกลุ่มในการปฏิบัติ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. ผลของการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล มีความแตกต่างกันทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยก่อนการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 1.50 ($SD = 0.18$) และหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ($SD = 0.16$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามรายด้าน ($n = 159$ ราย)

ความรู้ทางสุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t-test	mean difference	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1. ความรู้ความเข้าใจ การแปลความ	2.26	0.05	2.96	0.02	14.109	.698	.000
2. การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ	1.01	0.08	1.97	0.02	42.837	.969	.000
3. การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	1.79	0.45	2.42	0.49	15.525	.616	.000
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	1.41	0.49	1.76	0.43	9.268	.352	.000
5. การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ	1.05	0.22	1.86	0.41	24.156	.811	.000
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	1.49	0.56	1.62	0.57	4.301	.126	.000
ภาพรวม	1.50	0.18	2.10	0.16	38.623	.595	.000

* p -value < .05

พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยก่อนการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.11$, $SD=0.10$) และหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.27$, $SD=0.10$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามรายด้าน (n = 159 ราย)

พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล	ก่อนใช้รูปแบบ		ระดับ	หลังใช้รูปแบบ		ระดับ	paired t-test	P-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
1.ด้านการรับประทานอาหาร	1.58	0.24	ต่ำ	2.13	0.16	ปานกลาง	45.76	.000*
2.ด้านการรับประทานยา	2.23	0.18	ปานกลาง	2.25	0.16	ปานกลาง	1.37	.174
3.ด้านการออกกำลังกาย	1.99	0.24	ปานกลาง	2.11	0.34	ปานกลาง	5.80	.000
4. ด้านการจัดการกับความเครียด	2.15	0.25	ปานกลาง	2.20	0.22	ปานกลาง	6.45	.000
5.ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง	2.58	0.23	สูง	2.64	0.22	สูง	5.92	.000
พฤติกรรมโดยรวม	2.11	0.10	ปานกลาง	2.27	0.10	ปานกลาง	27.76	.000*

*p-value < .05

การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามเกณฑ์เป้าหมายการควบคุม (control target) พบว่าหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและน้ำ (FBS) จาก 111 คน ลงเหลือ 96 คน คิดเป็นร้อยละ 86.49 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามเกณฑ์เป้าหมายการควบคุม (control target)

เป้าหมายการควบคุม	ก่อนใช้รูปแบบ*		หลังใช้รูปแบบ**	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)				
< 130 mg/dl	48	30.19	63	39.62
≥ 130 mg/dl	111	69.81	96	60.38

*Mean=144.86 S.D.=46.17 Min=78 Max=429

**Mean=132.56 S.D.=37.49 Min=89 Max=268

อภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารในช่วงระยะเวลาปีแรก ๆ หลังจากนั้นจะกลับเข้าสู่สภาพเดิมสำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากหน่วยบริการเป็นหลักจากการมาตรวจตามนัดและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งบางส่วนนำไปปฏิบัติตาม บางส่วนยังคงพฤติกรรมเดิม ส่วนในด้านมิติอื่น ๆ ยังไม่ชัดเจน และผลสำรวจความรอบรู้

ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.06$, $SD=0.09$) ทักษะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ การแปลความที่ถูกต้อง ($\bar{X}=0.04$, $SD=0.01$) และพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.12$, $SD=0.10$) โดยพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}=1.60$, $SD=0.24$) ผลการศึกษารั้วนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงแรกของการรับรู้ว่าเป็นโรค แต่เมื่อเวลาผ่านไปจะกลับมามีพฤติกรรมเช่นเดิม สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล²¹ สอดคล้องกับการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 37.02$, $SD= 10.17$)²²

ผลการศึกษาที่เป็นเช่นนี้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้การอ่านออกเขียนได้ ยังไม่แตกฉานนักทำให้ไม่เข้าใจ เมื่ออ่านความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่สามารถสื่อสารด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ และไม่สามารถนำความรู้มาสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ดีพอ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาที่สูงขึ้นจะเป็นผู้ที่มีความรู้และมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ทำให้มีความเข้าใจเมื่ออ่านความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถสื่อสารด้านสุขภาพได้ เข้าใจมากขึ้นและสามารถนำความรู้มาปฏิบัติในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.50 สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือออก และมีความเข้าใจเมื่อได้อ่านเอกสารทางสุขภาพจึงมีโอกาสแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองรู้จักใช้ความรู้ที่ได้แสวงหามานั้นมาปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้อย่างชำนาญจนเกิดเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นโดยเฉพาะการรู้จริง รู้แจ้งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี²³

1. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนามาดำเนินการจัดกิจกรรมโดยเน้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการสาธิต การพูดคุยแลกเปลี่ยนการนำเสนอแนวทางและร่วมกันจัดทำเป็นแนวปฏิบัติของกลุ่มในการปฏิบัติและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มาเป็นแนวทางให้กับผู้ป่วยเบาหวานในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละคน รวมทั้งความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและ

ใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจรวมทั้งปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ มีการเปลี่ยนทัศนคติและการมุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ดี¹⁵ และสอดคล้องกับแนวคิดของสุขศึกษาที่มองว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลวิธีในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม หลากหลาย ตรงกับ ความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต ส่งผลให้ประชาชน มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ¹⁹

2. ผลของการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการ ควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริม ความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยพบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและน้ำ (FBS) จาก 111 คน ลงเหลือ 96 คน คิดเป็นร้อยละ 86.49 ผลการวิจัยนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการ ศึกษาประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดย หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴ และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁵ ผลการศึกษานี้ที่เป็นเช่นนี้ เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรร มการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เพราะบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อินซูลิน การเข้ารับบริการสุขภาพและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรคเบาหวานและการจัดการตนเอง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็น ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน²⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ที่ใช้และไม่ใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Diabetes. International diabetes federation. 2020.
2. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สติชัย นิรมิตมหาปัญญา, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, วีระศักดิ์ ศรีนนทการ, นภา ศิริวิวัฒนากุล, สิทธิชัย อาชาสินดี. โรคเบาหวาน[อินเทอร์เน็ต]. 2014. สืบค้นจาก <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/962/59b9e79625bf7359335246.pdf>.
3. รัชดา เกรสซี่. โรคเบาหวานความรู้พื้นฐาน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
5. อรพินท์ สีขาว. ภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2558.
6. De Castro SH, Brito GN, Gomes MB. Health literacy skills in type II diabetes mellitus outpatients from an university-affiliated hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Diabetology & metabolic syndrome 2014; 6(1):126.
7. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique 2005;62-77.
8. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. Journal of Public Health 2009;31(4):490-495.
9. Quartuccio M, Simonsick EM, Langan S, Harris T, Sudore RL, Thorpe R, Kalyani RR. The relationship of health literacy to diabetes status differs by sex in older adults. Journal of diabetes and its complications 2017.
10. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงได้จาก <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559 ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/informationstatistic/non-communicable-disease-data.php>.

12. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definition, Concepts and Example in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promoting Health and Development. Nairobi: Kenya. 2009.
13. พงษ์ศิริ งามอัมพรนาราและ สุจิตรา สุคนธทรัพย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ. 2560;46(2):68-79
14. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สถิติสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงได้จากhttp://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/health_statistics2557.pdf
15. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2562.[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/papermanual/ReportAnnualDNCD62.pdf>
16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อง. รายงานผู้ป่วยเบาหวานประจำปี 2562-2564. โปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีนามัย (Hos xp PCU); 2564.
17. NutbeamD.The evolving concept of health literacy. Social science & medicine 2008;67(12):2072-2078.
18. สมฤทัย เพชรประยูร.อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
19. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงได้จาก<http://www.hed.go.th/linked/file/575>.
20. Lincoln YS, Guba EG. Qualitative Research Guidelines Project [Internet]. 1985 [cited 2022 May 11] Available from <http://www.qualres.org/HomeTria-3692.html>
21. พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม, วิภา กลิ่นจำปา. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช;2566.
22. ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, ทวีศักดิ์ กสิผล.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2564;11(1): 52-65.
23. โสภิต แสงทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานกรณีศึกษา โรงพยาบาลกระบี่. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ภูเก็ต:มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2556.

24. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27(3): 91-106
25. บุญญธิดา ยาอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2564;18(1): 35-48.
26. Protheroe J, Rowlands G, Bartlam B, Levin- Zamir D. Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management. [Internet] 2017[cited 2023 April 3] Available from <https://doi.org/10.1155/2017/1298315>

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

The effectiveness of an end-of-life care program on the perceived
peaceful end of life in caregivers Somdejphrasangkarat 17th hospital,
Songphinong District, Suphanburi Province.

วรรณภา อุ่นยิ่งเจริญ*

Wanna Aunyingcharoen*

*โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ตำบลสองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
Somdejphasangkarat 17th Hospital, Songphinong District, Suphanburi Province.

(Received: June 20, 2023; Revised: June 29, 2023; Accepted: June 30, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์และมอร์ โดยใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายกับผู้ป่วยจำนวน 7 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ชุดแบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (pair t - test) ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < 0.01$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลระยะท้าย, การรับรู้ระยะท้ายของชีวิต

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pre-post-test design to examine the effects of an end-of-life care program on the perceived peacefulness of end-of-life experiences among caregivers admitted to the inpatient departments at Somdejphasangkarat 17th Hospital, Songphinong district, Suphanburi province, Thailand. Simple random sampling was used to recruit a total of 30 caregivers for the study. The end-of-life care program, based on the theory of a peaceful end of life by Ruland and Moore, was administered to the patients. The program spanned one week and consisted of seven sessions, each lasting 45-60 minutes. Research instruments included:

1) a demographic data form for caregivers, 2) the Peaceful End of Life Care Scale for caregivers (PEOLCS-C), and 3) the service satisfaction questionnaire for caregivers, administered before and after the implementation of the end-of-life care program. Descriptive statistics and paired t-tests were used to analyze the data. The results indicated the mean score for peaceful end of life as perceived by caregivers and caregivers of the end of life patients rate their satisfaction higher than before using end-of-life care program at statistical significance at the .01 level ($p < 0.01$).

Keywords: end-of-life care program, perceived peaceful end of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตได้มากขึ้น¹ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น² เมื่อการดำเนินโรคมาระยะสุดท้ายของชีวิต การทำงานของอวัยวะต่างๆจะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด³ พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายหลายโรคที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ อาทิ ผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อาการทางร่างกายที่ พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า ความกลัวปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงินสวัสดิการการจ้างงาน และยังคงเผชิญกับภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรคและการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสถานะของของโรคอยู่ในระยะ ลูกลม เรื้อรังหรือ เข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลบำบัดอย่างดีโดยใช้วิธีการทุกอย่างที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายแต่ไม่เป็นผล⁴ ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตน้อย มีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้และมีอาการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงในทางที่เลวลง⁵ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มิชีวิตเหลืออยู่ในช่วงเวลาที่จำกัด เช่นอาจเสียชีวิตภายใน 12 เดือน⁶ หรือในทางอเมริกาจะให้ความหมายว่าผู้ป่วยระยะท้ายคือผู้ป่วยที่เจ็บป่วย ด้วยโรคที่คุกคามชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน⁷ ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจะเต็มไปด้วยความ ทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่นวิตกกังวล ตกใจ เสียใจ มีอาการเศร้าเป็นต้น⁸ ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้อาเจียน และความเจ็บปวดต่างๆ⁹ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง โดยการดูแลแบบประคับประคองเป็น

การดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวหลังจากมีการจากไปของสมาชิกใน ครอบครัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีขีดความสามารถให้บริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้นเน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ในการรับผู้บริการได้ครอบคลุมในทุกระดับซึ่งผู้มาใช้บริการมีเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งอยู่ในอำเภอสองพี่น้องจังหวัดสุพรรณบุรี มีขนาด 262 เตียง มีจำนวนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ในปัจจุบันนี้โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 มีการจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีรูปแบบที่มีแนวทางการให้การพยาบาลปฏิบัติเริ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยังไม่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมี Palliative Care Nurse 1 คน Part time พบว่าการประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมตามปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ครอบคลุมและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งจุดเน้นของทฤษฎี คือ การทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้ชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมทั้งการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย เช่นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือเพื่อนสนิทเป็นต้นช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดีเกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตและนำไปสู่การตายดีในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลระยะท้ายต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

สมมติฐาน

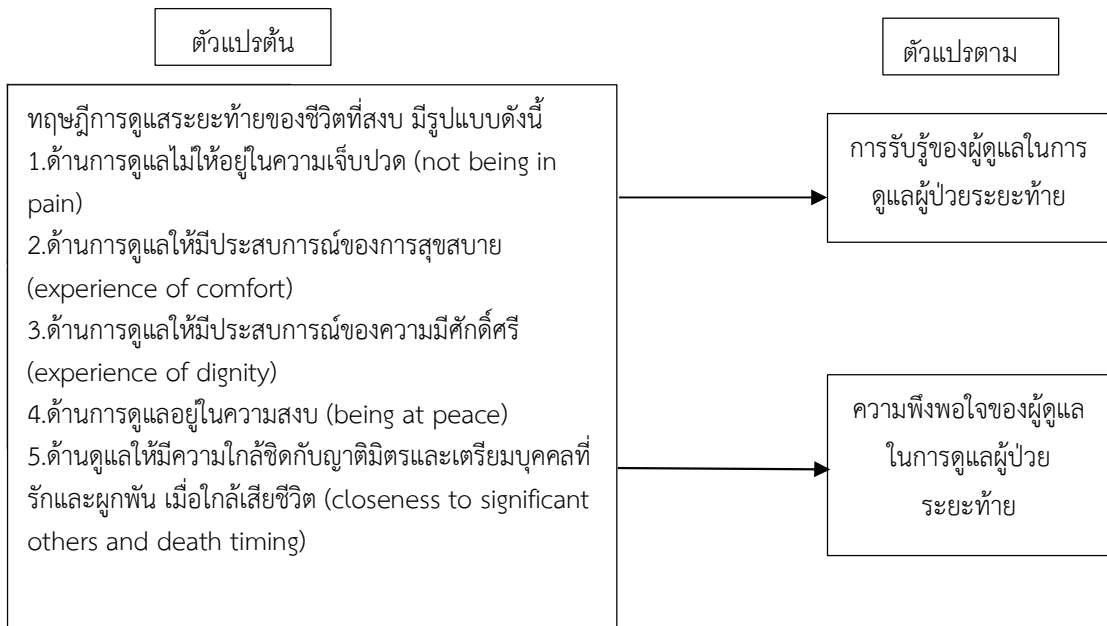
1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย
2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลระยะท้าย การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
2. ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2566
3. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาในประชากรกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
4. ขอบเขตด้านตัวแปร
ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการดูแลระยะท้าย
ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (theory of peaceful end of life) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดซึ่งทฤษฎีอธิบายไว้ว่าบุคคลระยะท้ายจะสงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace) และ ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant other) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายจะก่อให้เกิดการดูแลระยะท้ายที่ดีขึ้น ความทุกข์ทรมานลดลงและช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (one group quasi-experimental research) การใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับบริการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 30 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลระยะท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (peaceful end of life) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (peaceful end of life care scale

for caregiver:PEOLCS-C) จำนวนคำถาม 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ระดับเป็น คะแนน 1 2 3 4 5 ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย โดยกำหนดความหมายดังนี้

5 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ มากที่สุด

4 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ มาก

3 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ ปานกลาง

2 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ น้อย

1 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ น้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแปลงคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของประคอง กรรณสูตร¹⁰ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.49 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นข้อที่สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) แบบวัดนี้พัฒนาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่สร้างโดยเพ็ญญา ทองติตรัมย์¹¹ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector, P.E.¹² โดยให้ระดับความพึงพอใจที่มีต่อข้อคำถามเหล่านั้น จากความคิดเห็นทั้งหมด 5 ระดับคือ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อที่สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการ

5 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับมากที่สุด

4 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับมาก

3 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับปานกลาง

2 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับน้อย

1 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของ ประคอง กรรณสูตร¹⁰ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการดูแลระยะท้ายซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี ด้านการอยู่ในความสงบ และ ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตร และบุคคลที่รักและผูกพันโดย

ครั้งที่ 1 : 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2) สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว 3) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน PEOLCS-C และ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก 5) ทบทวนความเข้าใจในการเตรียมเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต 6) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระยะท้าย 7) ประเมินความพร้อมเพื่อที่จะเริ่มเข้าสู่โปรแกรมและนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 : 1) ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมาย 2) อธิบายให้ทราบถึงแนวทางการดูแลตามโปรแกรม 3) ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้นโดยยึดแนวทางตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 4) สรุปผลการดูแลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 : 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 : 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 และ 3 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายต่อ

ครั้งที่ 5 : 1) สอบถามความต้องการและการช่วยเหลือเพิ่มเติมใจและปรารถนาสุดท้าย 3) ช่วยหาแนวทางปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจและการทำตามปรารถนาสุดท้าย 4) พุดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจให้ลุล่วง 5) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาอยู่ด้วยกัน 6) สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัววางแผนร่วมกันในการจัดการเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต 7) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 : 1) ทบทวนถึงเป้าหมายและติดตามผลจากครั้งที่ 5 2) ให้การดูแลตามแนวทาง

ครั้งที่ 7 : 1) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 2) สอบถามถึงสภาวะของผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวพร้อมสรุปผลการปฏิบัติตามโปรแกรม 3) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน PEOLCS-C และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) ให้ระบายความรู้สึก 5) อธิบายถึงการยุติในโครงการวิจัย 6) กล่าวขอบคุณและบอกช่องทางติดต่อ

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (PEOLCS-C) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่โครงการวิจัย 01/2566 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างรายงานการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ดำเนินงาน/กิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยจนครบ 7 ครั้ง และกล่าวขอบคุณ
3. เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายโดยใช้สถิติทดสอบของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.30) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 86.70) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) การศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.00) อาชีพ รับราชการ/พนักงานของรัฐ และรับจ้าง/ก่อสร้าง (ร้อยละ 33.30) รายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 26.70) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 36.70) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน-1 ปี (ร้อยละ 33.30) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.30) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	53.30
หญิง	14	46.70
สถานภาพสมรส		
โสด	4	13.30
คู่	26	86.70
ศาสนา		
พุทธ	30	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	40.00
มัธยมศึกษา	6	20.00
ปวช./ปวส	2	6.70
ปริญญาตรี	4	13.30
สูงกว่าปริญญาตรี	6	20.00
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	10	33.30
พนักงานบริษัท	4	13.30
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	6.70
รับจ้าง/ก่อสร้าง	10	33.30
เกษตรกร	2	6.70
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	2	6.70
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	6	20.00
5000-10,000 บาท	6	20.00
10,001-15,000 บาท	8	26.70
15,001-20,000 บาท	4	13.30
20,001-25,000 บาท	6	20.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	11	36.70
พี่/น้อง	4	13.30
บิดา/มารดา	2	6.70
บุตร	7	23.30

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
ลูกจ้าง	3	10.00
อื่นๆ (เพื่อน/หลาน)	3	10.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า6เดือน	8	26.70
6เดือน-1ปี	10	33.30
1-2ปี	6	20.00
อื่นๆ	6	20.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	25	83.30
มี	15	16.70

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และ ค่าคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ย 4.64 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนของญาติผู้ดูแลระยะท้ายด้วย สถิติ Pair t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ภาพรวม (n = 30)

	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	3.36	0.63	4.64	0.35	12.86*	29	.000

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 และค่าคะแนนความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ย 4.41 เมื่อเปรียบเทียบผล

ต่างของคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลระยะท้ายด้วย สถิติ Pair t-test พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความพึงพอใจหลังเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยดูแลระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ภาพรวม (n = 30)

ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของ โปรแกรมการดูแลระยะท้าย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	3.30	0.64	4.41	0.36	10.18*	29	.000

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก็พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายทั้งรายด้านและภาพรวมโดยรวม อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เกิดการรับรู้ความสงบที่จะเกิดในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งการออกแบบโปรแกรมนั้น มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่จะเกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยก็จะทำให้เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตและจะส่งผลต่อการตายดีและ จากไปอย่างสงบ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับได้กับการจากไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรรัตน์ อันสีแก้ว¹³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายได้รับการดูแลลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจและครอบคลุมทุกด้านทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดี ส่งผลต่อการเพิ่มรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ธาริณี เพชรรัตน์และคณะ¹⁴ ที่พบว่าต้องการดูแลและจัดการด้านร่างกาย เช่น จัดการอาการปวด ต้องการการประคับประคองจิตใจหลายอย่างรวมกัน ต้องการให้มีผู้รับฟังระบายความรู้สึก ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และต้องการวางแผน

การรักษาล่วงหน้า และต้องการการสนับสนุนให้มีกิจกรรมตามความเชื่อ นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของออร์วิฐ กาญจนจารี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและสุปรีดา มั่นคง¹⁵ ที่พบว่าบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยโดยตรงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลระยะท้าย การปรับตัวและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายมีความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการ และต้องการให้บุคลากรดูแลผู้ป่วยแทนตนเมื่อจำเป็น

2. ความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่ามีความพึงพอใจในบริการหลังการใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งก่อนการใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางหลังจากได้รับการบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาพบว่าอาจเนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับความสนใจเอาใจใส่มากขึ้นจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยจากการให้บริการรูปแบบเดิมมักให้ความสำคัญกับการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว และให้การดูแลแบบแยกส่วนโดยไม่ได้ดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักหมดหวังที่จะหายจากโรค และต้องการสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการได้ปฏิบัติตามความเชื่อตามศาสนาที่ตนเองนับถือ เพราะเชื่อว่าการได้ปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าว จะทำให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มณีพงศ์¹⁶ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากการปวด สามารถใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยญา กุมพล¹⁷ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทีมสุขภาพและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้สร้างความร่วมมือในการวางแผนการดูแล และการมีส่วนร่วมในการปรับเป้าหมายและแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะๆ ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการทำงานและผู้ป่วยและครอบครัวก็มีความพึงพอใจในบริการด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาล การมีกระบวนการหรือการปฏิบัติ

การในการดูแลผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนมีความสนใจเอาใจใส่อย่างเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย การมีทักษะและความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการพยาบาล ความพร้อมในการให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็น มีการประสานงานที่ดีส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่สูงขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ในด้านมิติจิตวิญญาณ มีการนำหลักศาสนาตามการนับถือของผู้ป่วยเข้ามาประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์และความต้องการของแต่ละคน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จึงใช้หลักการทางศาสนาพุทธเข้าใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อให้เกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดรชนิ สีนธวงศานนท์¹⁸ ที่ศึกษาบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธรูปศาสนาเถรวาท ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีความสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจและ ยอมรับความจริงของชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปณณธร รัตน์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา¹⁹ ที่ศึกษาเรื่องผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่า โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นตั้งแต่เริ่มได้รับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมก็พบว่า มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรมีการจัดฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ความรู้พื้นฐานและฝึกสมรรถนะในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอันจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้นานขึ้นเพื่อช่วยให้สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และ สม่่าเสมอ ตั้งแต่แรกรับที่มีการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตรวมถึงการดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสียบุคคลที่รัก

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ruland, C. M., & Moore, S. M. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*. 1998; 46(4): 169-75.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย. ใน ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย : Who Cares? We Do! (น. 1-9). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด ; 2557.
3. ลีติมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต : จาก โรงพยาบาลสู่บ้าน. [รายการการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
4. สถาพร ลีลำนันทกิจ. หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. ในอำพล จินดาวัฒนะ, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรรัตน์ ณ อยุธยา, และ ไพศาล ลิ้มสถิต (บรรณาธิการ), ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในระยะสุดท้าย (หน้า 23-25). กรุงเทพฯ: ทีคิวพี ; 2554.
5. อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และ วิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาล ไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(1):41-55.
6. The National Gold Standards Framework (GSF) Centre in End of Life Care. Prognostic Indicator Guidance (PIG). Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC.[Internet].2011.[cited on March 22, 2023] Retrieved from http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd_content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf
7. American Psychological Association. Fact Sheet on End-of-Life Care: What are older adults' mental health needs near the end of life? [Internet].2012. .[cited on March 22, 2023] Available from <http://www.apa.org/pi/aging/programs/eol/end-of-life-factsheet.pdf>
8. วาสนี วิเศษฤทธิ์.การสื่อสารและการให้การปรึกษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัว. ใน: ลีติณัฐ อัครเดชอนันต์. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองแบบพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media;2559. หน้า27-38.
9. บุญทิวา สุวิทย์, สุณี เวชประสิทธิ์, เบญญาภา มุกสิริทิพพานัน. การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์ 2558:153-63.

10. ประคอง กรรณสูต.สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
11. เพ็ญภา ทองดีรัมย์. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและความพึงพอใจในงานของพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร;2549.
12. Spector,P.E. Job satisfaction:Application,assessment,cause and consequences. California: Sage Publications ; 1997.
13. พัชรรัตน์ อันสีแก้ว.ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2561.
14. ธารณี เพชรรัตน์และคณะ.ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกการพยาบาล ศัลยกรรมและออโรโธปิดิกส์.ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์;2560.
15. อรวิฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและสุปรีดา มั่นคง. บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. Ramathibodi Nursing Journal. 2017; 23(3): 328-43.
16. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม.พัทลุง: โรงพยาบาลศรีนครินทร์;2551.
17. สรัญญา กุมพล. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2555; 31(5):179-201.
18. ดรชนิ สีนธวงศานนท์.บูรณาการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ในพระพุทธศาสนาเถรวาท.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2558; 21(1):54-64.
19. ปิณณธร รัตน์นิล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559; 28(3):31-43.

ผลของโปรแกรมโยคะเพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสง
อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

The effect of the yoga program for health on the elderly balance
In Nong Saeng Sub-district, Mueang Nakhon Phanom District
Nakhon Phanom Province

ธนภัทร จันไธ* รสสุคนธ์ ผาสุก* พิมพชนก ลำดับจุต* นภัสสร อรัญสุต* ฐานิตา อาทะวิมล*
ธัญญา โกษาแสง* นุชนภา ฮาดทักษ์วงศ์* ร่มฟ้า นามวงศ์* กุลชิตา บุญเลิศ* จุฑามาศ พิงกุลศ*
น้ำฝน เชิดสะภู* ธงชัย อามาตย์บัณฑิต**

Thanaphat Chandai* Rodsukhon Phasuk* Pimchanok Lamdubjud* Naphatsorn Arunsut*
Thanita Arthawimol* Thanyanad Kosasaeng* Nuchnapa Hadtugwonk* Romfha Namwong*
Koonchita Boonlais* Chuthamat Phuengkuson* Namfon Choedsaphu*
Thongchai Armatpundit**

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

**อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

*Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

**Lecturer in Department of Community health Nursing

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมโปรแกรมโยคะต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปในตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 596 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุจำนวน 27 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างมีระบบ (systematic random sampling) โปรแกรมการฝึกโยคะพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยมีทั้งหมด 14 ท่า และการทดสอบการทรงตัว (Timed Up and Go Test) และแบบสอบถามความพึงพอใจ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60-64 ปี มากที่สุด ก่อนการทดลองมีระยะเวลาเดินจากการทดสอบการทรงตัวเฉลี่ย 9.61 วินาที หลังการทดลองลดลงเฉลี่ย 8.82 วินาที โดยระยะเวลาทดสอบการเดินลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (-0.79 , 95% CI= -1.40 ถึง -0.180 , $p\text{-value}<0.01$) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติและการได้ประโยชน์โดยรวมร้อยละ 95

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การทรงตัว, ออกกำลังกายด้วยโยคะ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of an innovative yoga program on body balance among the elderly in Nong Saeng Subdistrict, Mueang District, Nakhon Phanom Province by conducting a quasi-experimental research. The population consisted of 596 elderly aged 60 years and over in Nong Saeng Subdistrict, Mueang District, Nakhon Phanom Province. The research tools consisted of Yoga program with a total of 14 postures and balance testing by Time Up and Go Test and a satisfaction questionnaire. The research was conducted during May 2023. The results showed that Most of the subjects were female, aged 60-64 years old. Before the experiment, the average walking time from the balance test was 9.61 seconds. After the experiment, it decreased to an average of 8.82 seconds. Mean difference significance (-0.79 , 95% CI= $-1.40 - -0.180$, $p\text{-value}<0.01$) and the satisfaction percent of participants was over 95%.

Keywords: Elderly, Balance, Yoga exercise

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2565 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,979 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึงพันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ประชากรในประเทศไทย ในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.1 ล้านคน โดยประชากรผู้สูงอายุมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.3% ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 0.5% ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มเข้ามา แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาที่ตามมาจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะส่งผลให้รายได้ของประเทศลดลง เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ เมื่ออายุมากขึ้นสภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลง ปัญหาด้านสุขภาพก็จะตามมา ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพ¹ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมักเกิดจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เคยทำจนกลายเป็นนิสัยติดตัวมาตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยกลางคนจนทำให้เกิดการสะสมหรือก่อตัวของโรคเรื้อรังต่างๆ ผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุจากปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุจะทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง² ปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าการเสียชีวิตที่เกิดจากการบาดเจ็บในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป 70 เปอร์เซ็นต์ มีสาเหตุจากการหกล้ม จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่าอัตราการเสียชีวิต จากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ 3 เท่า นอกจากนี้การบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่อาการเล็กน้อย จนถึงขั้นรุนแรง และเสียชีวิตได้ จากข้อมูลข้างต้นอุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีจำนวนมากและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลเสียต่อ

เนื่องในระยะยาว ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากหลายปัจจัยซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน โดยปัจจัยภายในประกอบด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยเฉียบพลัน นั้นเพิ่มโอกาสการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยจากกระบวนการสูงอายุ ประกอบด้วย ปัญหาที่เกิดจากการเดินและทรงตัวโดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาของการทรงตัวมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 3.11 เท่า³ ปัญหาที่เกิดจากการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่มวลของกล้ามเนื้อพร้อมกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของขาลดลง⁴ ปัญหาที่เกิดจากความพร่องด้านความจำและปัญหาที่เกิดจากการเสื่อมของสายตาส่งผลให้การมองเห็น มองไม่ชัด ตามัว โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสายตามีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 1.85 เท่า⁴ รวมทั้งปัญหาเรื่องของการได้ยินที่ลดลงจากการเสื่อมของระบบประสาท การได้ยินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้เช่นกัน นอกจากนี้ ปัญหาทางด้านร่างกายแล้วปัจจัยที่เกิดจากปัญหาของสุขภาพจิตที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มคือ ปัญหาจากโรคซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 1.05 -1.82 เท่า⁵ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองนครพนม จำนวน 12 คน พบว่ามีสถานะทางสุขภาพในการเคลื่อนไหวร่างกายค่อนข้างที่จะยากเนื่องจากว่ามีการทรงตัวที่ไม่ค่อยดีเท่าเมื่อก่อน และมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพร่างกาย เช่น การมองเห็นไม่ชัด มีการรับรู้ที่ช้ารวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น พื้นบันได พื้นห้องน้ำลื่นหรือมีสิ่งกีดขวาง เป็นต้น

การเสียการทรงตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดการหกล้มและการบาดเจ็บที่รุนแรงตามมารวมทั้งการเกิดกระดูกหักในแต่ละปีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 30 - 40 พบว่ามีการหกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งอีกทั้งการหกล้มเป็นสาเหตุหลักของการเกิดกระดูกหักโดยพบว่าสาเหตุของการเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุร้อยละ 87 มาจากการหกล้ม แม้ว่าทุกครั้งที่การหกล้มอาจไม่ส่งผลให้เกิดกระดูกหักก็ตามแต่มีรายงานว่า การหกล้มที่นำไปสู่การเกิดกระดูกหัก ร้อยละ 0.9-1.65 และในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งเป็นกระดูกหักบริเวณข้อสะโพก ซึ่งอันตรายที่จะเกิดตามหลังการเกิดกระดูกหัก ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด การจำกัดการทำกิจวัตรประจำวันหรือการจำกัดการเคลื่อนที่ก็ตามรวมถึงสภาพจิตใจและการเป็นภาระต่อครอบครัว สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น⁶ การออกกำลังกายมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัวช่วยลดภาวะการพลัดตกหกล้มและยังเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนจากการพลัดตกหกล้มอีกด้วย รูปแบบของการออกกำลังกายสามารถทำได้เองที่บ้านหรือภายนอกบ้าน สามารถออกกำลังกายแบบกลุ่มหรือเดี่ยวก็ได้ ซึ่งการออกกำลังกายมีองค์ประกอบหลายชนิด (multi - component exercise) ได้แก่ การฝึกการทรงตัว การเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ และการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายด้วยท่าโยคะก็เป็นหนึ่งในการเพิ่มความสามารถในการทรงตัวที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ทางผู้วิจัยจึงเลือกการออกกำลังกายด้วยท่าโยคะเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายตามด้วยการออกกำลังกายด้วยท่าโยคะ 14 ท่า และการผ่อนคลาย

คลายร่างกายหลังการออกกำลังกายด้วยโยคะเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัวช่วยลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโยคะเพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโยคะเพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวร่วมกับการออกกำลังกายโดยท่าโยคะของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การทดลองแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental : one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในตำบลหนองแสง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 596 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างมีระบบ (systematic random sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุที่สามารถยืนหรือเดินเองได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
3. ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ตอบคำถามและสื่อสารได้
4. ยินยอมเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่เกิดการเจ็บป่วยระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม จนไม่สามารถร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมได้
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามแผน
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อจนครบตามโปรแกรม

ขนาดตัวอย่าง (sample size calculation) คำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทรงตัวโดยการวัด Test Time Upand Go ในประชากรกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยคาดการณ์ว่าจะพบความแตกต่าง (effect size) อย่างน้อยร้อยละ 5 ด้วยอำนาจทดสอบ (power of test) ร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้⁷

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{\epsilon^2}$$

$z_{(\alpha/2)}$ =ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (confident coefficient) ที่กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด $(1-\alpha)$ กำหนด $0.05= 1.96$

z_{β} =ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (confident coefficient) ที่กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด (β) กำหนด $0.80= 3.84$

σ =ความผิดพลาดจากการสุ่มที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนด 0.05

ϵ^2 =ความกระชับขอบการประมาณค่าที่คาดว่าจะตรวจพบความแตกต่าง กำหนด 0.5

ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาสาสมัครอย่างน้อย 27 คน สุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากผู้สูงอายุจากกลุ่มประชากรในชุมชนแล้วเชิญชวนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฝึกโยคะพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งหมด 14 ท่า โดยมีท่าอบอุ่นร่างกาย 6 ท่า ท่าโยคะ 8 ท่า ซึ่งจัดทำในรูปแบบของ video clip ในกลุ่ม Application LINE, สมุดคู่มือบันทึกการทำกิจกรรมโยคะ ส่วนเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกผลการทดสอบ Timed Up and Go Test การจับเวลาการทดสอบเป็นวินาที เริ่มที่ผู้ถูกทดสอบลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ เดินด้วยอัตราเร็วปกติเป็นระยะทาง 3 เมตร เลี้ยวหมุนตัวกลับและเดินย้อนมาจนถึงเก้าอี้ตัวเดิม โดยทั่วไปผู้ที่ทรงตัวดีจะมีเวลาเดินไม่เกิน 15 วินาที 2) แบบสอบถามความพึงพอใจ พัฒนาโดยผู้วิจัย ลักษณะของคำถาม เกณฑ์การให้คะแนน และแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยและแปลงเป็นร้อยละ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ใช้วิธีประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง 0.58 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าความตรง 0.75 และความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจากอนุกรรมการจริยธรรมวิจัย ประจำมหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ BCNN 66002 วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการวิจัยในเดือนพฤษภาคม 2566 เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการประเมิน Timed Up and Go Test (TUGT) ก่อนที่เริ่มโปรแกรม จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมฝึกโยคะตามโปรแกรม 14 ท่าวันละ 15-30 นาทีเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และอาสาสมัครเข้ากลุ่ม LINE ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อลงสื่อและวิดีโอการเรียนรู้เกี่ยวกับโปรแกรมเพิ่มสมรรถภาพในการทรงตัวของผู้สูงอายุเมื่อครบกำหนดจะประเมินการทรงตัวหลังใช้โปรแกรมโดยใช้แบบทดสอบการเดินและการทรงตัวด้วยวิธี TimedUp and Go Test (TUGT) และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมองเห็น ประวัติการหกล้ม โรคประจำตัว และยาที่รับประทานเป็นประจำ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สถิติทดสอบใช้ทดสอบเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีแผนการวิเคราะห์ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปร ที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจะทดสอบการกระจายข้อมูล โดยวิธี S-Wilk test หรือ KS ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรที่มีข้อมูลกระจายปกติจะนำไปทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% confident interval) ถ้าข้อมูลกระจายไม่ปกติจะใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon 's sign rank test พร้อมประเมิน Effect size ของความแตกต่างส่วนความพึงพอใจประมาณค่าเฉลี่ยพร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 มีสถานภาพโสดและหม้ายร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60 ระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 20 ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 13.3 ระดับอนุปริญญาและปริญญาร้อยละ 3.3 มองเห็นชัดเจนร้อยละ 83.3 มีการมองเห็นไม่ชัดเจนร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้มร้อยละ 80.0 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.0 โรคเบาหวานร้อยละ 3.3 โรคหัวใจร้อยละ 3.3 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.3 รับประทานยาในกลุ่มยาลดความดันโลหิต และกลุ่มยาเบาหวานร้อยละ 29.9 ไม่มียาที่รับประทานเป็นประจำร้อยละ 63.3 และอื่นๆ ร้อยละ 6.7

ผลการทดสอบการกระจายเวลา เวลาการทดสอบการเดินพบว่ามีการกระจายปกติทั้งก่อน และหลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการทรงตัวของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการฝึกโยคะ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน ก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญ (mean difference -79148, 95% CI= -1.40 ถึง -0.180, p-value<0.01) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง บ่งบอกว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น ส่วนการประเมินความพึงพอใจภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 42.3 (Rank 35-45 คะแนน) 95% 42.1-43.2, P-VALUE<0.05 โดยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.5-96.0 ซึ่งมีความพึงพอใจในระดับสูงดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่าง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในประชากรผู้สูงอายุใน
ตำบลหนองแสง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม (n=27)

คะแนนความสามารถ	SD	Mean diff	95%CI	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
หลังการทดลอง	8.82	1.06	-1.40 – -0.180	26	-2.495*	0.01
ก่อนการทดลอง	9.62	1.44				

*p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการทรงตัวของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองก่อนการฝึกกับหลังการฝึก พบว่าการทรงตัวหลังฝึกดีกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐาน เพราะการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยโยคะเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ทำให้การทรงตัวมั่นคงในท่าทางที่ดี และป้องกันการล้มได้สอดคล้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุที่ฝึกท่าออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาและส่วนล่างของร่างกาย 16 ท่าในตำบลจ้อหอ จังหวัดนครราชสีมาส่งผลให้ผู้สูงอายุทรงตัวและลดความกลัวต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของนราธิกร ไชยประเสริฐ⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกโยคะด้วยตารางเก้าช่อง 8 สัปดาห์ๆ ละ 2 วัน สามารถสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อและทรงตัวได้ดีกว่าสามารถลดความกลัวการหกล้ม ส่งผลให้นอนหลับและมีคุณภาพชีวิตดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อิตติพงษ์ สุขดีและศิริวรรณ สุขดี¹⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายประกอบจังหวะที่สามารถพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ฝึกด้วยโปรแกรมการเต้นลีลาศ กลุ่มทดลองก่อนการฝึกกับหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ 8 หลังฝึกดีกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนประยุกต์ในผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าผู้สูงอายุสามารถเดินได้คล่องแคล่วมากขึ้นสามารถลดความกลัวการหกล้มได้¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการออกกำลังกายโดยการรำมวยไทชิ ในผู้สูงอายุไทยเปรียบในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพิษณุโลกพบว่ากลุ่มรำมวยไทชิมีการทรงตัวตามแบบทดสอบการทรงตัวดีขึ้นและเคลื่อนไหวตามแบบทดสอบการทรงตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายปกติ¹² จากผลการทดลองที่มีความสอดคล้องกันดังที่กล่าวมา เป็นไปตามหลักการทางสรีระวิทยาการออกกำลังกาย เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุความเสื่อมถอยของร่างกายจะเริ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นวิธีการที่ชะลอความเสื่อมถอยดังกล่าว เนื่องจากทำให้ร่างกายสามารถรักษาและคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้การทำงานด้านสรีระวิทยาของร่างกายรักษาและคงสภาพการทำงานให้เป็นปกติได้ดี การออกกำลังกายประเภทรักษาสมดุลและเพิ่ม

การทรงตัว เช่นการออกกำลังกายในกลุ่มทรงตัว ยึดและสร้างความแข็งแรง ยึดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ส่วนล่างและส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น การยืนนิ่งๆ การย่อ ยืดเหยียดและสร้างแรงต้าน นอกจากจะสร้างความยืดหยุ่นแล้วยังเพิ่มมวลกล้ามเนื้อได้และสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะส่งผลต่อการทรงตัว ลดการหกล้มและสร้างความมั่นใจและไม่กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะจากหน่วยงานต่างๆ ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยทั่วไปควรออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 20 นาที เลือกออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายตลอดเวลาอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาให้เป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าวได้¹³

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การออกกำลังกายด้วยโยคะจึงเป็นการออกกำลังกายที่ฝึกการทำงานของระบบประสาทและการเคลื่อนไหว เมื่อมีการออกกำลังกายด้วยโยคะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะช่วยพัฒนาการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบรับรู้สัมผัส และระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นระบบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว ให้มีการทำงานประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดี นอกจากนั้นจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายด้วยโยคะแล้ว นามาวีเคราะห์ พบว่าการออกกำลังกายด้วยโยคะ มีผลต่อภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุบอกว่าภายหลังการออกกำลังกายด้วยโยคะแล้วทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ได้แก่ การทรงตัวความมั่นคงในการเดิน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ และความคล่องแคล่ว นอกจากนั้นรูปแบบของโยคะที่มีความยากเพิ่มมากขึ้นจะต้องใช้สมาธิกับการเคลื่อนไหว จึงทำให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น ด้านจิตใจและด้านสังคม ผู้สูงอายุบอกว่าการออกกำลังกายด้วยโยคะร่วมกันเป็นกลุ่ม ทำให้ได้มีการพบปะสังสรรค์และพูดคุยกับบุคคลอื่นมากขึ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการฝึกโดยให้เพื่อนช่วยเพื่อน สามารถช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและทำให้มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น จึงทำให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน คลายเครียด รู้สึกสดชื่น และมีสุขภาพจิตดีขึ้น การออกกำลังกายด้วยโยคะ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการออกกำลังกายในการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีและเป็นประโยชน์ในการช่วยป้องกันภาวะหกล้ม

ความพึงพอใจของกลุ่มอาสาสมัคร จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มอาสาสมัครมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมโปรแกรมโยคะเพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุในตำบลหนองแสง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม โดยรวมผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มอาสาสมัครต่อการใช้นวัตกรรมในแต่ละด้านโดยรวมดีมาก โดยด้านที่สูงที่สุด ได้แก่ ด้านได้ประโยชน์ รองลงมา ได้แก่ ด้านเทคนิคการสอน และด้านสื่อและเทคโนโลยี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับสูงสุดสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศโรมาเนียที่พบว่า การฝึกโยคะจะมีผลต่อจิตใจและสมาธิมากเนื่องจากทำให้มีสมาธิ จิตใจสงบและทำให้ร่างกายสวยงาม มีสัดส่วน ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้ผู้ร่วมกิจกรรมโยคะ¹⁴ ในการจัดโครงการครั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครมีความพึงพอใจเนื่องจากการนำโยคะเข้าไปเสริมการทำกิจกรรมทาง

กายประจำวันของกลุ่มของอาสาสมัคร ทำให้เพิ่มเพิ่มกิจกรรมที่สนุกและทำให้อาสาสมัครได้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้น มีสมาธิมากขึ้น รวมทั้งการจัดกิจกรรมจะมีกิจกรรมเพิ่มความสนุกสนานเข้ามาเพิ่ม เช่น การมีเกมส์ตอบคำถาม การให้ดูวิดีโอ และติดตามทางสังคมออนไลน์ทำให้อาสาสมัครรู้สึกใกล้ชิด เอาใจใส่และไม่ถูกทอดทิ้ง และอาสาสมัครผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าได้ประโยชน์ เคลื่อนไหวคล่องตัวได้ดีขึ้นมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้นและไม่กลัวการหกล้ม จึงสร้างความพึงพอใจในระดับสูงจากการเข้าร่วมวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรมีการฝึกอบรมแก่ผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยโยคะเพื่อที่จะสามารถนำเอาการออกกำลังกายด้วยโยคะ ไปใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกายที่ช่วยส่งเสริมการทรงตัวในผู้สูงอายุ
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรนำโปรแกรมโยคะ เพื่อสุขภาพต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ ไปเป็นทางเลือกเชิงนโยบาย เพื่อนำไปใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยโยคะต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบหรือหาความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายด้วยโยคะกับการออกกำลังกายชนิดอื่น เช่น ก้าวตามตาราง ไทจี ที่มีผลต่อการทรงตัวและป้องกันการหกล้ม เป็นต้น
3. ควรมีการขยายผลการศึกษาการออกกำลังกายด้วยโยคะในผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในชุมชน เช่น โรงพยาบาล หรือบ้านพักคนชรา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สามารถดำเนินการจนประสบผลสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม และผู้ปกครองของคณะผู้วิจัย ที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจที่จะศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมประวิณ มั่นประเสริฐ. การศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีต่อแบบแผนการบริโภคของครัวเรือนไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2553.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร: พรินเตอร์; 2563.
3. Dhargave, P. & Sendhilkumar, R. Prevalence of risk factors for falls among elderly people living in long-term care homes. J Clin Gerontol Geriatr. 2016;1–5.
4. Li, I.F., Hsiung, Y., Hsing, H.F., Lee, M.Y., Chang, T.H. & Huang, M.Y. Int J Gerontol. 2016;10(3):137–41.
5. ฌภัทรธร กานต์ธนาภักดิ์, พรรณวรดา สุวัน, จุฑารัตน์ เสาวพันธุ์ กษนิภา ขาววงษ์, ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุลและวียะดา ทิพน้อม. การรับรู้เกี่ยวกับการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และจำนวนครั้งของการหกล้มของผู้สูงอายุภายหลังการใช้แนวปฏิบัติป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยตามหลัก 10 ป. ของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี. 2564;29(1):1–5.
6. สมลักษณ์ เพ็ญมานะกิจ, พชรินทร์ พุทธิรักษา, สุพิน สาริกาและวิไล คุปต์นิรติชัยกุล. ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภออัมพวา. วารสารการพยาบาล. 2560;39(2):2–62.
7. Chow, S-C., Shao, J., Wang, H., Lokhnygina, Y. Sample Size Calculations in Clinical Research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.
8. จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):154–60.
9. นรารักษ์ไทยประเสริฐ. ผลการฝึกโยคะและฝึกเดินบนตารางเก้าช่องที่มีต่อการทรงตัว ความแข็งแรง การกลัวการล้ม และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ [ดุชนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย]. นครนายก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2562.
10. ธิติพงษ์ สุขดีและศิริวรรณ สุขดี. ผลของการฝึกด้วยโปรแกรมการเดินลีลาที่มีต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ. วารสารคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2558;1(2):1–10.

11. กนิษฐ์ ไ้วศิริและกันยา นภาพงษ์. ผลของการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนประยุกต์ต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;22(1):176–85.
12. บุษกร คุ่มเกษ. ผลของการร่ำมวยไทชิ (Tai Chi Chun) ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัวในผู้สูงอายุไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสสาร. 2550;17(3):73–8.
13. ชฎาพร คงเพชร. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล. 2562;68(4):64–71.
14. Tihanyi, B., Boor, P. & Emanuelen, L. Mediators between Yoga Practice and Psychological Well-Being: Mindfulness, Body Awareness, and Satisfaction with Body Image. Eur J Ment Health. 2016;11(01–02):112–27.

การพยาบาลผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดช่องท้อง ในโรคไส้เลื่อนสะดือ

Nursing care for acute pulmonary embolism in post-operative incarcerated umbilical hernia hernia

พินรัฐ สุนทรเสถียร*

Pinrat Soontornsathien*

*โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

*Banpong Hospital, Banpong District, Ratchaburi Province

(Received: May 22, 2023; Revised: June 21, 2023; Accepted: June 27, 2023)

บทคัดย่อ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันที่เกิดภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการสำคัญคือ หายใจหอบเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน ความดันโลหิตต่ำ ช็อก และเสียชีวิต ในที่สุดหากได้รับการแก้ไขไม่ทัน จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคไส้เลื่อนสะดือติดคาและลำไส้อุดตัน การวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันเวลา พ้นจากภาวะวิกฤตได้ บทบาทพยาบาลมีหน้าที่ดังนี้ 1) แก้ไขภาวะวิกฤต 2) การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยการใช้เน้น เรื่องการใช้สลายการอุดตันลิ่มเลือดในระยะแรก และระยะยาวคือ คือป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ 3) การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องเน้นการส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วย และ 4) การวางแผนการจำหน่าย เพื่อเสริมความสามารถอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

คำสำคัญ : โรคลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน, โรคไส้เลื่อนสะดือติดคา, โรคลำไส้อุดตัน

Abstract

Acute pulmonary embolism after abdominal surgery is a cardiovascular emergency. The main symptoms are sudden shortness of breath, hypotension, cardiogenic shock and eventually death if not resolved in time. According to the case study, the patients had incarcerated umbilical hernia and intestinal obstruction. Diagnosis can be obtained from history taking, physical examination. Special tests in this patient include an electrocardiogram, ultrasonography and computed tomography. This allows patients to be prevented and resolve complications in a timely manner and recover from critical conditions. The roles of nurses are as follows: 1) Resolve crises 2. Administration of high-risk drugs with a focus on thrombolytic agents in the early stages and in the long term is prevention of recurrence of thromboembolism. 3) Continuity of care nursing that emphasizes on patient promotion and rehabilitation, and 4) Discharge planning to enhance the family's participation in caring for the patient upon return home.

Key word: Acute Pulmonary Embolism, Incarcerated Umbilical Hernia, Intestinal obstruction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันที่เกิดภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง คือภาวะที่เกิดจากการที่มีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในหลอดเลือดดำ และหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดที่ปอดทำให้เลือดดำไม่สามารถไปแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนเกิดภาวะออกซิเจนพร่อง (hypoxia)¹ และหากก้อนลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่จะส่งผลให้ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) ลดลงผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตลดลงเกิดภาวะช็อก และเสียชีวิต อุบัติการณ์พบ 39–115 คน ต่อแสนประชากร อัตราเสียชีวิตสูงร้อยละ 15 - 80² ปัจจัยเสี่ยงมีทั้งกรรมพันธุ์ทำให้เกิดความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และปัจจัยเกิดภายหลัง เช่นสูงอายุ (พบมากในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ทั้งชายและหญิง)³ ภาวะอ้วน หลังผ่าตัด มะเร็ง ได้รับฮอร์โมนทดแทน จำกัดการเคลื่อนไหว ตั้งครรภ์ บาดเจ็บ เป็นต้น กลไกที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดมี 3 ปัจจัย (Virchow's triad)¹ ได้แก่ 1) การไหลเวียนของเลือดลดลงเกิดจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว (immobilization) 2) มีความผิดปกติของเลือดที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states) 3) มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือมีการอักเสบ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจากภาวะไส้เลื่อนสะดือติดคา คือ ผู้ป่วยมีอวัยวะภายในช่องท้องบางส่วนเคลื่อนตัวผ่านรูหรือต้นตัวผ่านผนังหน้าท้องที่ย่อนยานสูญเสียความแข็งแรง เนื่องจากมีแรงดันในช่องท้อง ปรากฏเป็นก้อนตุ่มออกมาให้เห็นภาวะไส้เลื่อนที่เกิดขึ้น บางครั้งสามารถดันกลับเข้าไปในช่องท้องได้อย่างเดิม แต่หากไม่สามารถดันกลับเข้าไปเกิดไส้เลื่อนติดคา (incarcerated) จะต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อป้องกันไม่ให้ลำไส้ส่วนที่ติดค้างอยู่ถูกบีบรัดจนบวมและขาดเลือดไปเลี้ยงจนลำไส้เน่าตายได้ โดยการรักษาใช้ระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง⁴ การผ่าตัดเพื่อนำลำไส้หรืออวัยวะอื่นให้กลับไปอยู่ในตำแหน่งเดิม และเย็บซ่อมรูหรือเสริมความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อหรือพังผืดที่มีพยาธิสภาพ โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอดมีอาการทางคลินิกดังนี้ หายใจไม่อิ่มและรองลงมามีอาการเจ็บหน้าอก⁵ อาการที่พบน้อยได้แก่ไอหรือไอเป็นเลือด หอบหืดและภาวะหัวใจหยุดเต้นฉับพลัน การตรวจร่างกายพบมากคือ หัวใจเต้นเร็ว รองลงมา คือพบเสียงแครคเคิล (crackles), โพรฮาร์ดซาวนด์ (right sided S4), ราวน์ เพาโมนิคเว้าท์ (loud pulmonic valve P2 loud P2) ใช้ ความดันโลหิตต่ำ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำผลทางห้องปฏิบัติการได้แก่การวิเคราะห์ก๊าซจากหลอดเลือดแดงพบค่าความแตกต่างของแรงดันก๊าซออกซิเจนระหว่างในถุงลมและในเลือดแดง (Alveolar to arterial O₂ Gradient) ผิดปกติหรือพบ เรซไปราทอริอัลคาโลซิส (respiratory alkalosis) ผลเอกซเรย์ปอดพบแฮมตันฮัมป์ซายน์ (Hampton hump sign) แต่พบเพียงร้อยละ 0.8 และ เวสเตอร์มาร์ค ซายด์ (Westermarck sign) พบเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบผิดปกติ ชนิด เอส 1 คิว 3 ที 3 (S1Q3T3 pattern) (S wave in lead I, Q wave in lead III, inverted T wave in lead III), อินคอมพลีท ไรท์บันเดิลบรานซ์บล็อก

(incomplete right bundle branch block; RBBB) โดยมักพบกรณีอาการรุนแรงใช้ทำนายว่าผู้ป่วยเป็นโรคลิ้นเลือดอุดตันในปอดเฉียบพลันได้⁶ การตรวจเพื่อยืนยันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดีที่สุดคือการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ฉีดสีหลอดเลือดแดงปอด (computer tomography pulmonary angiography, CTPA)⁷ การรักษาแบ่งตามความรุนแรงคือ 1.ชนิดรุนแรง (massive pulmonary embolism) ได้แก่ 1) มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 2) ช็อค คือ ความดันตัวบน (systolic blood pressure) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือต้องใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต ร่วมกับมีอวัยวะล้มเหลว เช่น ชี้นิ้ว ตัวเย็น ปัสสาวะออกน้อย 2.ชนิดไม่รุนแรง (non-massive pulmonary embolism) คือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าเกณฑ์ชนิดรุนแรงโดยชนิดรุนแรงควรได้ยา thrombolytics agent หากมีข้อห้ามการให้ยาทางเลือกคือผ่าตัดเอาลิ้นเลือดออก (pulmonary embolectomy) รองลงมาคือการให้ยาสลายลิ้นเลือดผ่านทางสายสวน (percutaneous catheter-directed treatment) ส่วนในผู้ป่วยไม่รุนแรงการรักษาคือการให้ยาละลายลิ้นเลือดแบบฉีด (parenteral anticoagulation) เฮพาริน (heparin) หรือ โลว์โมเลกุลน้ำหนักต่ำ (low molecular weight heparin) ระยะยาวผู้ป่วยเกือบทุกรายจะได้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (vitamin K anticoagulant) คือ วาร์ฟาริน (warfarin) รับประทานอย่างน้อย 3 เดือน แต่ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่หายขาดแนะนำให้ใช้ยาละลายลิ้นเลือด low molecular weight heparin มากกว่าการใช้ยาชนิดรับประทานใน 6 เดือนแรก และอาจต้องให้ยาไปตลอดชีวิตหรือจนกว่ามะเร็งจะหายขาด⁶

อุบัติการณ์ลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต แม้จะได้รับการประเมิน และเฝ้าระวังอย่างดีแล้วก็ตาม บทบาทพยาบาลที่สำคัญการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดลิ้นเลือดอุดตันปอดและเฝ้าระวังโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตคือ ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือโดยเร็วกรณีฉุกเฉินซื้อหามาตรการกู้ชีพ ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ คัดกรองวินิจฉัยแยกโรคติดตามผลการตรวจสำคัญใช้แนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูงในการเฝ้าระวังการให้ยาหลอดเลือด ละลายลิ้นเลือดและยาต้านเกร็ดเลือดอย่างปลอดภัยใช้ความรู้และกระบวนการพยาบาลในการประเมินความต้องการและปัญหาดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต และให้การพยาบาลต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายโดยญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมเสริมพลังในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

วิธีการดำเนินการ

1. เลือกผู้ป่วยคัดสรรกรณีเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่และให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้ป่วย
2. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลักการ D METHOD
3. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร เคยผ่าตัดทำหมันนานมากกว่า 20 ปี น้ำหนัก 93 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ให้ประวัติ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 5-6 ครั้งต่อวัน ไม่มีมูกเลือดปน คลื่นไส้อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แน่นท้อง ท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระ จึงมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายพบมีก้อนนูนบริเวณสะดือด้านขวา แดง คลำอู่น วินิจฉัยโรคไส้เลื่อนสะดือติดคา (incarcerated umbilical hernia) และลำไส้อุดตัน (small bowel obstruction) รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 ธันวาคม 2565 เวลา 21.49 น. ตีกลัวยกรรณหญิงสามัญ และในวันที่ 16 ธันวาคม 2565 เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนทางหน้าท้องใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 20 นาที หลังการผ่าตัดรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ วันที่ 17 ธันวาคม 2565 เวลา 09.30 น. ให้เริ่มเอริ แอมบูเรชั่น (early ambulation) ผู้ป่วยลุกยืนข้างเตียงมีอาการวูบ หน้ามืดไม่รู้สีกตัว มือเท้าม่วง ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 65 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 131/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 14 ครั้งต่อนาที ให้การช่วยเหลือด้วยการปั๊มถุงลมช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบร่วมกับออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที เจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 114 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ นานประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยตื่นถามตอบรู้เรื่อง รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร เท่ากัน 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสง แขนขา 2 ข้างมีแรงเท่ากันดี ไม่มีอาการอ่อนแรง ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดได้ 89 เปอร์เซ็นต์ขณะให้ออกซิเจนทางหน้ากากต่อถุงลม 10 ลิตรต่อนาที บ่นแน่นอก ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ S1Q3T3 pattern ส่งตรวจโทรโปนินไอ (troponin I) ต่่วนผล 7.9 กิโลกรัมต่อมิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้ออุดตันหลอดเลือดปอดจึงใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร ปั๊มถุงลมช่วยหายใจ (ambu bag) ร่วมกับออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ปรีกษาแผนกอายุรกรรมร่วมรักษาตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ECHO) และส่งตรวจเ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอดผลพบมีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน ย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ เวลา 11.50 น. แกรรับย้ายผู้ป่วยรู้เรื่องดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรงความดันโลหิต 155/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 86 เปอร์เซ็นต์ หลังรับย้ายใส่เครื่องช่วยหายใจแพทย์ให้การรักษาด้วยยาละลาย

ลิ้มเลือดมีความดันโลหิตต่ำ 89-90/50-60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116-120 ครั้งต่อนาที หายใจ 22-28 ครั้งต่อนาที

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการ วูบ หมดสติ แนนอก หายใจไม่สะดวก ปลายมือปลายเท้าเขียวเฉียบพลัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงสามัญ
2. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วเท่ากับ 86 เปอร์เซ็นต์
3. ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 155/100 มิลลิเมตรปรอท
4. ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด พบมีลิ้มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน (extensive acute pulmonary embolism)

วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือ ปลายเท้าเขียว (cyanosis) เหนื่อยออกตัวเย็นระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิม
3. ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วเท่ากับ 95 - 100 เปอร์เซ็นต์
4. หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ รูปแบบการหายใจสม่ำเสมอ ไม่ใช้กล้ามเนื้อสเตอร์โนไคลโดมาสโตอยด์ (sternocleidomastoid muscles), กล้ามเนื้อทราพีเซียส (trapezius, pectoralis muscles) ช่วยในการหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น กระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก ปลายมือปลายเท้าเขียว ริมฝีปากเขียวระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที ติดตามความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง
3. ให้ออกซิเจนโดยใช้เครื่องช่วยหายใจดูแลเครื่องให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยตรวจสอบเครื่องก่อนใช้งานต่อสายวงจรถูกต้อง ทำ self-test ก่อนใช้งานทุกครั้ง
4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจดังนี้
 - 4.1 ปรับตั้งการทำงานตามแผนการรักษาแพทย์ คือ PCV mode RR 16 Pc 18 FiO2 1.0 PEEP 5 ตรวจสอบและลงบันทึกการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ตรงตามแผนการรักษาทุกครั้ง

4.2 ตรวจสอบและปรับตั้งค่าสัญญาณเตือนให้เหมาะสมโดยเฉพาะค่าแรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้าไม่เกิน 50 เซนติเมตรน้ำ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเยื่อปอดจากการช่วยหายใจที่มีแรงดันมากเกินไป

4.3 ตรวจสอบท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งถูกต้องสายวงจรไม่หักพับ ดึงรั้งไม่มีน้ำขังในสาย

4.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะก่อนให้อาหารและยาหรือเมื่อมีความจำเป็น

4.5 ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามแนวทาง WHAP E ดังนี้

4.5.1 Weaning หย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุด โดยใช้แนวทางหย่าเครื่องช่วยหายใจ

4.5.2 Hand hygiene ใช้หลัก 5 moment for hand hygiene ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ หลังสัมผัสผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่งผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย

4.5.3 Aspiration precaution ป้องกันการสำลัก โดยจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ตรวจสอบให้ cuff pressure ของท่อช่วยหายใจอยู่ระหว่าง 30 เซนติเมตรน้ำ ดูดเสมหะเหนือ cuff tube ก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ให้อาหารสายยางโดยการหยดใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง

4.6.4 Precaution contamination ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาล ทำความสะอาดปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง

4.6.5 Environment เน้นทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยแยกอุปกรณ์เฉพาะคน

4.7 ติดตามผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่องดี ผิวหนังอุ่น ปลายมือเท้าแดงดี
2. อัตราการหายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
3. ความดันโลหิต 90/57-110/67 ซีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที
4. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 96-99เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เกิดภาวะช็อกจากหัวใจเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดผลตรวจตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ECHO) มีภาวะหัวใจห้องล่างขวาขยายตัวกดเบียดหัวใจห้องล่างซ้าย
2. ความดันโลหิตต่ำ 89/50 มิลลิเมตรปรอทซีพจร 120 ครั้งต่อนาที
3. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 86 เปอร์เซนต์ ปลายมือเท้าเขียวเย็น

วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill $\leq$ 2 วินาที
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 5-15 นาที ประเมินอาการแสดงภาวะช็อกได้แก่ ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีอาการแสดงภาวะ hypoperfusion ตัวเย็น ปลายมือเท้าเย็น ชีต capillary refill $>$ 2 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. ดูแลให้ได้รับยาหดหลอดเลือด (vasopressor) ได้แก่ norepinephrine ขนาด 4 มิลลิกรัม ผสม 5% D/W 250 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำด้วยเครื่องควบคุมการให้สารละลาย เพิ่มความดันโลหิตให้มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท

3. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนปกติ ได้แก่ alteplase (rt-PA) ใช้ขนาด 100 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำด้วยเครื่องควบคุมการให้สารละลาย ให้หมดภายใน 2 ชั่วโมงและให้ต่อยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยา unfractionated heparin 5000 ยูนิต ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และให้ต่อเนื่องใช้ heparin 10000 ยูนิต ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ 900 ยูนิตต่อชั่วโมงปรับขนาดยาตามแผนการรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ดังนี้

3.1 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือดเหตุผลความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

3.2 ประเมินผู้ป่วย ชักประวัติเกี่ยวกับข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

3.3 ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องก่อนเริ่มยา และระหว่างให้ยา หลังให้ยาหมด

3.4 เฝ้าระวังติดตามระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท Glasgow Coma Score (GCS) เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง

3.5 เฝ้าระวังติดตามภาวะเลือดออก (bleeding) ส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร (เลือดออกไรฟัน อาเจียนเป็นเลือดถ่ายดำ) เลือดออกทางเดินปัสสาวะ

3.6 Bleeding precaution ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง งดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

3.7 ติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (activated partial thromboplastin time) และค่าความเข้มข้นของเลือดตามแผนการรักษา

4. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ให้ได้ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

5. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 98/56-120/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ
2. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill เท่ากับ 2 วินาที
3. ปัสสาวะออก 60-80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
4. รู้สึกตัว รู้เรื่องดี สัญญาณประสาทไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเนื่องจากเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีเลือดสดซึมออกจากแผลผ่าตัดใต้ลิ้นหน้าท้องจำนวน 100 มิลลิลิตร
2. มีเลือดสดออกทางสายให้อาหารจำนวน 20 มิลลิลิตร
3. ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลง เท่ากับ 24 เปอร์เซ็นต์ ฮีโมโกลบิน เท่ากับ 7.9 กรัมเปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill $\leq$ 2 วินาที
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
4. ไม่พบเลือดออก ค่าความเข้มข้นของเลือด $\geq$ 30 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที อาการแสดงภาวะช็อก ได้แก่ ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท นานกว่า 30 นาที มีอาการแสดงภาวะ hypoperfusion ตัวเย็น ปลายมือเท้าเย็น ชีต capillary refill $>$ 2 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
2. ประเมินภาวะเสียเลือดในร่างกายติดตามความเข้มข้นเลือด ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
3. เตรียมเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ Packed Red Cell 2 ยูนิต
4. ให้สารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการภาวะแทรกซ้อน จากการให้สารน้ำและเลือด
5. ให้ยาช่วยป้องกันการหลังการศัลยกรรมในกระเพาะอาหาร losec 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมงตามแผนการรักษา
6. หยุดเลือดจากแผลผ่าตัดโดยตัดไหมเปิดแผล ใช้ยา adrenaline 1:1000 ชุบผ้าก๊อซ ปิดแผลโดยใช้แรงกด
7. ล้างกระเพาะอาหารทางสายให้อาหารด้วย 0.9% NSS จนใส ต่อดึงไว้ประเมินเลือดออกในทางเดินอาหาร

8. บันทึกประเมิน ปริมาตรเลือดที่ออกทุกครั้ง และสารน้ำที่เข้าและออก ทุก 8 ชั่วโมง
ประเมินผลการพยาบาล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 98/56-120/69 มิลลิเมตรปรอทค่าเฉลี่ยความดันโลหิต มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ
2. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง
3. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill เท่ากับ 2 วินาที
4. ปัสสาวะออก 60-80 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง
5. ไม่พบเลือดออกจากแผลและในทางเดินอาหารค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 30 เปอร์เซนต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดหน้าท้องยาว 10 เซนติเมตร ตัดไหมเปิดแผลทำแผลโดยใช้แรงกดเพื่อห้ามเลือดไว้
2. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ปวดแผล คะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนน
3. ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ ทุเลาอาการปวด พักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปวดแผลน้อยลงระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดจากสีหน้าท่าทาง สัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงไป และจากการสอบถามผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือบอกระดับความปวดที่สำคัญคือ การบอกระดับการปวดด้วยตัวเลข ตั้งแต่ 0-10⁸
2. จัดท่านอนกึ่งนั่ง หรือ เปลี่ยนท่าตะแคง แนะนำการหายใจเพื่อลดการเกร็งตึงกล้ามเนื้อ
3. ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษามอร์ฟีน 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำนาน 5 นาที และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หายใจช้ากว่า 10 ครั้งต่อนาที

4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง
5. ประเมินระดับความปวดซ้ำใน 15 นาที หลังได้รับยา
6. ประเมิน sedative score หลังได้รับยา morphine

ประเมินผลการพยาบาล

1. ทุเลาอาการปวดระดับความปวดลดลงเท่ากับ 2 คะแนน กลับได้ ไม่กระสับกระส่าย
2. ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติมีหน้าวิตกกังวลซักถามถึงอาการเจ็บป่วย
2. ผู้ป่วยไม่มีญาติคอยเฝ้าดูแลเนื่องจากต้องนอนในห้องผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติทุเลากังวล
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และยอมรับอาการผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วย เปิดโอกาส ให้สอบถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การตัดสินใจรับการรักษาและลงนามเอกสารยินยอมรับการรักษาแจ้งระเบียบการเยี่ยม และการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา
3. ประสานให้ได้พบแพทย์ รับทราบข้อมูลโรค แนวทางการรักษาการทำหัตถการ
4. ดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องความสบายของร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล สนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานตามความเหมาะสมกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำร่วมกันได้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วย
5. ประเมินความวิตกกังวล พุดคุย ผ่อนคลายความเครียดและให้กำลังใจผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติทุเลากังวล สิ้นหน้าผ่อนคลายลง
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องดี หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 1 วัน พ้นจากภาวะช็อกสามารถเลิกใช้ยาหดหลอดเลือดได้ในวันที่ 19 ธันวาคม 2565 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกดีไม่มีภาวะไตวาย ภาวะพร่องออกซิเจนทุเลาสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกได้ในวันที่ 20 ธันวาคม 2565 หลังถอดท่อช่วยหายใจแพทย์ให้ใส่ออกซิเจนแรงดันสูง (high flow) ไว้ก่อนไม่พบเลือดออกจากแผลผ่าตัด และทางเดินอาหารจึงเริ่มให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซ้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันหลังรับยาละลายลิ่มเลือด

2. สูงอายุ 67ปี หลังรับการผ่าตัดช่องท้องภาวะไส้เลื่อนสะดือ
 3. ภาวะอ้วน น้ำหนัก 93 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 34
- วัตถุประสงค์** ปลดภัยจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการแสดงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอด ไอ เหนื่อย เขียว เจ็บอกวูบ
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
3. ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดง เท่ากับ 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวัง อาการแสดงภาวะช็อกเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ตัวเย็น ปลายมือเท้า ชีต capillary refill > 2 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. ประเมินอาการแสดงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเช่นเหนื่อยทันที ไอเจ็บหน้าอก แสบ หรือเจ็บขัด หน้ามืด วูบ มือเท้าเขียวเย็น ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ ≤ 90 เปอร์เซ็นต์

3. ใหยาต้านการแข็งตัวของเลือด unfractionated heparin 10000 ยูนิต ผสม 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำโดยเป้าหมายให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (activated partial thromboplastin time) อยู่ในระดับ 1.5-2.5 เท่าของค่าควบคุมภายใน 24 ชั่วโมงคู่กับการให้ยาชนิดรับประทาน wafarin 5 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ก่อนนอนโดยให้ค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดINR (international normalized ratio) 2-3 เท่า ประมาณ 48 ชั่วโมงก่อนหยุดยา heparin เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำ

4. สังเกตติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด ตามแผนการรักษา

5. เฝ้าระวังติดตามภาวะเลือดออก (bleeding) ในร่างกาย เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกทางเดินปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณประสาทเปลี่ยนจากเลือดออกในสมอง

6. สังเกตประเมินการทำงานหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (ECHO) ตามแผนการรักษา
7. กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย จัดท่าหมุนยกขาสูงครึ่งละ 30 นาทีต่อวัน

การประเมินผล

1. ไม่พบอาการแสดงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอด เช่น ไอ เหนื่อย เขียว เจ็บอก วูบ
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที
3. ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดง เท่ากับ 95-97 เปอร์เซ็นต์
4. ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (ECHO) ไม่พบลิ่มเลือดในหลอดเลือดปอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงติดเชื้อแผลผ่าตัดหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. แผลผ่าตัดไส้เลื่อนสะดือหน้าท้อง ตัดไหมเปิดไว้แผลแดงมีเลือดแดงจางซึม
2. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 – 38.5 องศาเซลเซียส
3. ผลตรวจ CBC ค่าเม็ดเลือดขาว 10,450 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิลล์

82 เปอร์เซนต์

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีปวด บวมแดง ร้อน สารคัดหลั่งจากแผลไม่มีกลิ่นเหม็น
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.4 องศาเซลเซียส
3. ผลตรวจ CBC เม็ดเลือดขาว 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิลล์

40-70 เปอร์เซนต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัด ลักษณะ ปวด บวม แดง ร้อน รอบแผล สังเกตหลังจากแผล
2. สังเกตและติดตามผลเฉพาะเชื้อตามแผนการรักษา
3. ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลทำแผลผ่าตัดโดยใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ
4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ meropenem 1 กรัมฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผน

การรักษาแพทย์

6. จัดให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ มีประโยชน์ โปรตีนสูง เนื้อสัตว์ ไข่ เพื่อส่งเสริมการหาย

ของแผล

ประเมินผลการพยาบาล

1. แผลแห้งดี แพทย์เย็บปิดแผลได้ในวันที่ 24 ธันวาคม 2565
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7– 37.4 องศาเซลเซียส
3. ผลตรวจ CBC ค่าเม็ดเลือดขาว 6,550 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิลล์ 70 เปอร์เซนต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการใช้จ่าย

ด้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์จำหน่ายกลับบ้านให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดวาร์รินรับประทานต่ออีก 3 เดือน
2. ญาติและผู้ป่วยไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้จ่ายด้านการแข็งตัวของเลือด
3. ญาติและผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลเมื่อทราบว่าต้องรับยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อเนื่องกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
2. ผู้ป่วยและญาติ ทุเลาความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลต่อเนื่องโดยใช้หลัก D METHOD
2. ปรึกษาสหสาขาวิชาชีพในวอร์ดคลินิกและหน่วยงานเวชกรรมสังคมช่วยดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติบอกชื่อยา ขนาดที่รับประทาน วิธีรับประทาน สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและญาติทราบการตรวจติดตาม ต่อเนื่องเมื่อใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 67 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 ธันวาคม 2565 เวลา 21.49 น. วินิจฉัยโรคไส้เลื่อนสะดือติดคา (incarcerated umbilical hernia) และลำไส้อุดตัน (small bowel obstruction) ตีกลศัลยกรรมหญิงสามัญ และในวันที่ 16 ธันวาคม 2565 เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อผูกตัดถุงไส้เลื่อน เย็บซ่อมแซมผนังหน้าท้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 20 นาที หลังการผ่าตัด รู้สึกตัวดี หายใจได้เอง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ วันที่ 17 ธันวาคม 2565 เวลา 09.30 น. ให้เริ่ม early ambulation ผู้ป่วยลุกยืนข้างเตียง มีอาการรบกวน นอนไม่หลับ ไม่รู้สึกตัว มือเท้าม่วง ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 65 เปอร์เซ็นต์ ให้การช่วยเหลือด้วยการบีบถุงลมช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบร่วมกับออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที นานประมาณ 10 นาที ตื่นขึ้นค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 89 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งตรวจวินิจฉัยพบมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน (acute massive pulmonary embolism) ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ เวลา 11.50 น. แพทย์ให้การรักษาในภาวะฉุกเฉินด้วยยาละลายลิ่มเลือด alteplase (rt-PA) เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากแผลผ่าตัด แพทย์ตัดไหมเปิดแผลและห้ามเลือด ให้เลือดทดแทน ใช้กระบวนการพยาบาลดูแลในภาวะวิกฤตเพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะช็อกจากหัวใจและการบริหารยาความเสี่ยงสูง จนผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จในวันที่ 20 ธันวาคม 2565 และการดูแลในระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำโดยได้รับยา unfractionated heparin หยดเข้าหลอดเลือดดำ ร่วมกับให้ยา warfarin รับประทาน โดยมีปรับยาและติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดจนได้ระดับเป้าหมาย วันที่ 23 ธันวาคม 2565 แผลไม่มีเลือดออกแพทย์เย็บปิดแผลให้ หลังให้ยาครบ 5 วันสามารถหยุดยา unfractionated heparin

ได้ และรับยา warfarin รับประทานต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน วางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านให้คำแนะนำ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด อธิบายโรค เหตุผลในการใช้ยา การปฏิบัติตัวลดความเสี่ยงภาวะเลือดออกง่าย การสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะเลือดออกง่าย และส่งปรึกษาเภสัชกร โภชนาการให้คำแนะนำยา และอาหารส่งเวชกรรมสังคมเพื่อดูแลต่อเนื่อง นัดตรวจคลินิกเฉพาะทาง ติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้าน รู้เรื่องช่วยเหลือตัวเองได้ดี วันที่ 17 มกราคม 2566 ค่า INR 1.09 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 INR 2.29 วันที่ 13 มีนาคม 2566 INR 1.87 ไม่มีเลือดออกผิดปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุด (early ambulation) ภายหลังการผ่าตัด และการสอนการยกขาสูงกว่าหัวใจ การบริหารกล้ามเนื้อเท้าและข้อเท้า (foot & ankle exercise) เพื่อกระตุ้นกลไกการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อลายบริเวณน่องเพื่อช่วยเพิ่มการไหลของเลือดกลับสู่หัวใจ⁹ ควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ และไม่มีข้อห้ามและเริ่มได้ตั้งแต่ระยะพักฟื้นบนเตียง
2. การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เรื่องอาการของลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแขนขา และปอด เพื่อให้สังเกตอาการและเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษา และการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค
3. จากการทบทวนวรรณกรรม การใช้อุปกรณ์ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม เช่น อุปกรณ์ป้องกันลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก (pneumatic pump) เป็นวิธีป้องกันเชิงกลที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพมากที่สุด¹⁰ ปีบไล่เลือดต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะหลังผ่าตัดที่ต้องนอนนิ่งนาน หรือผู้ป่วยมะเร็ง และควรมีการประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยทุกวัน ได้แก่ อาการบวม แดง กดเจ็บ หลอดเลือดดำขยายที่บริเวณขาหรือขา อุณหภูมิสูงขึ้น และพบ Homan's sign คือมีอาการปวดที่น่องเมื่อกระดกปลายเท้าขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ทศพล ลัมพิการณกิจ.โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)[อินเทอร์เน็ต]. ธันวาคม 2557[เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ค 2566].เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Pulmonary%20embolism%20%E0%B8%AD%20%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B8%9E%E0%B8%A5.pdf>
2. ชนกวพร ดาววัน.การผ่าตัดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอดเฉียบพลันและการใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.2564.;24(2):101-15.
3. เยาวลักษณ์ หอมวงศา, จิราภรณ์ ชวนรัมย์, ศิริวรรณ อาจบุราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์. 2563; 35(3): 543-54.

4. อุดม แสงทรัพย์. อันตรายอย่าปล่อยให้ไส้เลื่อนติดคา[อินเทอร์เน็ต]กรุงเทพ: โรงพยาบาลกรุงเทพ [เข้าถึงเมื่อ 6พ.ค2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokhospital.com/content/incarcerated-hernia>.
5. บุรพา ปุสธรรม. โรคลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29(5): 485-96.
6. วรณภรณ์ สิงหาจุลเกต.การศึกษาลักษณะอาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาของผู้ป่วยโรคลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอดเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. บุรพาเวชสาร. 2564 ;8(2):86-99.
7. ไพลิน รัตนวัฒน์กุล. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดฉบับปรับปรุงใหม่. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 3:2:1-9.
8. ปิยศักดิ์วิทย์บุรณานนท์,ปรัชญวิไล นุชประมูล. การศึกษาหาระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมแบบไม่ฉุกเฉิน โดยใช้แบบคำสั่งการรักษาระงับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2563; 64(2):127-31.
9. กันตา ชื่นจิต.ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารเกื้อการุณย์ 2560;24(1):165:77.
10. สีนธิป พัฒนะคุหา, ปรัชญพร คำเมืองลือ, สยาม ทองประเสริฐ, อภิขนา โฆวินทะ, อดิศักดิ์ ตันติวรวิทย์.การป้องกันภาวะลิ้มเลือดอุดหลอดเลือดดำสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2561; 28(1): 24-31.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช โดยเรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ไม่เคยลงตีพิมพ์ เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับและหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคน รวมถึงตำแหน่งและสถานที่ของผู้นิพนธ์ ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) สถานที่ปฏิบัติงาน และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้ที่ กองบรรณาธิการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ทาง e-mail jaratsri@ckr.ac.th

4. การอ้างอิงและบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนด การตั้งค่าหน้ากระดาษดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านล่าง 1 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านขวา 1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ

คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์

ของการวิจัย, สมมติฐาน (ถ้ามี), ขอบเขตของการวิจัย (ถ้ามี), กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, สรุปอภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามีในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพและตารางสามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ ได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากขอบภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษร ขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์

ไว้ได้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับ เช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่น่าลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใส่ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร) เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้น จะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 1 ฉบับ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันท์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.2556.
3. กิรดา ไกรนวัตร และรักษนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559
4. ประสงค์ ตูจินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณ บุญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
5. Rosdahl, C.B. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
7. กาญจนา ไชเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.[วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American. [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินทไธ. การดูแลผู้สูงอายุไ้ไวยาณะระยะสุดท้าย: บทบาททำหยาพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35(2) : 5-14.
10. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' perspectives. J NursEducPract. 2015; 5(6): 25-30.
11. Wisting, L , Bang, L, Skrinvanhaug T, et al. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care. 2016; 23;4(1): 1-7. doi: 10.1136/bmjdr-2016- 000203
12. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [อินเทอร์เน็ต].2557; 97-110 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557].เข้าถึงได้จาก:<http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
13. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci.[Internet]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>

แบบฟอร์มขอส่งต้นฉบับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

1. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....

3. สิ่งที่ส่งมาด้วย

ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)

()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาวนามสกุล.....

ที่อยู่ที่ต้องการให้ส่งวารสาร

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารประเภท () สมาชิก 1 ปี ราคา 300 บาท

() สมาชิก 2 ปี ราคา 500 บาท

โปรดระบุฉบับที่ต้องการเริ่มต้นรับ.....

() มกราคม – มิถุนายน 25..... () กรกฎาคม – ธันวาคม 25.....

พร้อมได้ส่ง () ธนาณัติ ส่งจ่ายในนาม ฝ่ายจัดการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

() โอนเงิน ธนาคารกรุงไทย สาขาบ้านโป่ง ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บัญชีเลขที่ 706-1-44527-0

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

.....

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครที่

ฝ่ายจัดการวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 ม. 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110

หรือส่งเอกสารทาง e-mail: jaratsri@ckr.ac.th

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการส่งวารสาร หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล โปรดแจ้งให้ฝ่ายจัดการวารสารทราบด้วย

**** กรุณาถ่ายสำเนาธนาณัติ หรือ สำเนาการโอนเงิน มาที่ e-mail: jaratsri@ckr.ac.th**



สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479 - 82 โทรสาร 032-330483
Website : www.ckr.ac.th

