



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

ISSN: 2985-1203

Vol.4 No.1 (January-June 2024)



ISSN: 2985-1203 ONLINE; ISSN: 2730-3993 PRINT

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

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงประโยชน์ทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ เป็นเอกสารทางวิชาการที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงปฏิบัติได้
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัยค้นคว้า ทางด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง 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

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

Publish: each 6 months (2 per year)

January – June, July – December

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

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN: 2730-3993 Print; 2985-1203 Online) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการพิมพ์ อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.ประกริต รัชวัตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (เกษียณอายุราชการ)

บรรณาธิการหลัก

ผศ.ดร.พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (เกษียณอายุราชการ)

ผศ.พลอยประกาย ฉลาดล้ำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นันทิยา วัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.พีระนันท์ จีระยังมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว จันทะโนสถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
(เกษียณอายุราชการ)

ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผศ. ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม

คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.วัลลภ นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ฝ่ายจัดการวารสาร

ผศ.รุจา แก้วเมืองฝาง

นางสาวปณณช เมธาวรณันท์

นางสาวพรประภา สุขผล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

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

Vol. 4 No.1 January-June 2024

CONSULTANTS

Komwat Rungruang, Ed.D. RN (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Pragrit Rachawat, Ed.D. RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj (retire)

CHIEF EDITOR

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

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj (retire)

Ployprakay Chalardlon M.N.S., 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.)

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Peeranan Jirayingmongkhon, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, North Bangkok University

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhonpathom Rajabhat University (retire)

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal
Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing and Allied Health Science Phetchaburi Rajabhat
University

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

Sirikul Karuncharempanit PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Management Team

Ruja Kaeomaungfang M.N.S., RN. (Asst. Prof.)

Pornprapa Sukpol B.A. (Marketing)

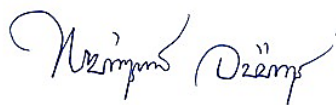
Punyanuch Metabavonnun B.A. (English)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakrira

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช ปีนี้วารสารดำเนินการเข้าสู่ปีที่ 4 แล้วนะคะ ยังได้รับบทความจากหลายสถาบันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ในวารสารฉบับนี้มีบทความวารวิจัย จำนวน 11 เรื่อง ทั้งด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยบทความในฉบับนี้มีบทความที่มีเนื้อหาหลากหลายและได้รับการพิจารณากรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มาจากหลากหลาย จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blind) โดยในปี พ.ศ. 2567 นี้ ทางวารสารจะเข้ารับการประเมินคุณภาพจากศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) ทั้งนี้เพื่อคุณภาพของวารสารผ่านระบบ ThaiJo จึงจำเป็นต้องทำงานอย่างเข้มข้นเพื่อให้ผลงานที่มีคุณภาพได้เข้าตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้กับบุคลากรสายสุขภาพต่อไป



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

สารบัญ

บทความวิจัย

- E000571 ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลยาหยอดขยายม่านตาระหว่างการใช้ยาเดี่ยว (1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) กับการใช้ยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก
Comparison of effectiveness of alternate applications of 2 single drug (1% Tropicamide and 10% Phenylephrine) versus mixed drug applications containing (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) for pupils dilatation before cataract surgery
 ธิดา ขำเจริญ, จรัสพร หอมจันทร์ดี, วิมลรัตน์ เจนวิถีสุข, อัจฉราพรรณ วงษ์น้อย
- E000590 ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้วยวิธีรำวงย้อนยุคและการควบคุมอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
Effect of a self-regulation program involving retro-line dance exercise and nutritional management on the physical fitness and blood sugar levels of high-risk individuals with Type 2 Diabetes Mellitus in Phrasamutchedi District, Samutprakarn Province
 ประภาส พยมพฤษย์, ณัฐชนน พุยนวล, สมพร ลอยความสุข
- E000638 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาล ในจังหวัดสมุทรสงคราม
Factors influencing risk management in the operating room at hospitals in Samut Songkhram province.
 สุกิจิตรา กิตติหัช
- E000729 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
Effectiveness of the health literacy development program on health promotion behavior of the risk group for high blood pressure, Khao Khlung, Subdistrict, Banpong District, Ratchaburi Province
 นวลอนงค์ ศรีสุกใส
- E000845 การพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
The development of a healthy community model through the participation process of village health volunteer leaders
 นพรัตน์ ยัมพิรัตน์

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

- E000873 ผลของการใช้โปรแกรมโภชนบำบัดต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง
The Effect of using Nutritional Therapy Program on Knowledge and food consumption behavior of patients with coronary artery disease, Banpong Hospital
 วัชรพร อีระธรรมประชา
- E001127 รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
The risk management model in postpartum hemorrhage patients Health Promotion Hospital Health Center Region 5 Ratchaburi
 อมรศรี พังเครือ
- E001131 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
Effects of self-management program for behavioral control of blood sugar level in patients with uncontrolled type II diabetes mellitus
 จันทร์เพ็ญ สืบบุก
- E001138 ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลบ้านโป่ง
The effects of the case management on health behaviors of essential hypertensive patients at Banpong Hospital
 นพรัตน์ เจริญกิจ
- E001189 การศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
The study of competencies in community health management among village health volunteers in Samut Songkhram District, Samut Songkhram Province
 พชรกรณ์ นิยมเวช, นงนุช วงศ์สว่าง
- E001214 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
The factors to association on development of primary care system in subdistrict health promotion hospital, Ratchaburi Provincial Public Health Office
 สมเกียรติ คุ้มไ้

ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลยาหยอดขยายม่านตาระหว่างการใช้ยาเดี่ยว
(1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) กับการใช้ยาผสม (1% Tropicamide
และ 2.5% Phenylephrine) ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก
Comparison of effectiveness of alternate applications of 2 single drug
(1% Tropicamide and 10% Phenylephrine) versus mixed drug applications
containing (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) for pupils dilatation
before cataract surgery

ธิดา ขำเจริญ* จรัสพร หอมจันทร์** วิมลรัตน์ เจนวิทีสุ* อัจฉราพรรณ วงษ์น้อย**

Thida Khumcharoen* Jarasorn Homjandee** Wimonrat Jenwitheesuk* Adcharaphan Wongnoi**

*โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี **วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
*Banpong Hospital, Ratchaburi Province *Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Jarasorn Homjandee; Email: jaras00@hotmail.com

Received: November 3, 2023; Revised: May 10, 2024; Accepted: May 15, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงทดลองนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลยาหยอดขยายม่านตาระหว่างการใช้ยาเดี่ยว (1%Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) กับการใช้ยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต้อกระจก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับยาเดี่ยวสลับกัน 2 ชนิด (1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ พรรณนา ไคสแควร์ และการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) มีการขยายรูม่านตา แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในการใช้ยาเดี่ยว (1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.05$ โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับยาครบที่ 5 รูม่านตาขยาย 8 มิลลิเมตร ร้อยละ 100 และเมื่อหยอดครบ 6 ครั้งกลุ่ม ทดลองใช้เวลา 50 นาที กลุ่มควบคุมใช้เวลา 80 นาที

คำสำคัญ: ยาขยายรูม่านตา, การขยายม่านตา

ABSTRACT

This experimental research was to compare the effectiveness of pupils dilating drops between using single drug (1% Tropicamide alternating with 10% Phenylephrine) and combined medicine (1% Tropicamide and 2.5% Phenylephrine) for preparing patients before cataract surgery. The sample group consisted of 60 patients preparing for cataract surgery, divided into a control group consisting of 30 people were received alternating 2 types of single medicine (1% Tropicamide alternating with 10% Phenylephrine), and an experimental group consisting of 30 people that received a mixture of drugs (1% Tropicamide and 2.5% Phenylephrine). The research tools were interviews and data recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square-test and independent t – test.

The results showed that the experimental group after receiving the combined medicine (1% Tropicamide and 2.5% Phenylephrine) had pupils dilation that were not significantly different from the control group using the single drug (1% Tropicamide alternating with 10% Phenylephrine). Statistically, $p > 0.05$ for both the experimental group and the control group after receiving the 5th round of medication, the pupils dilated 8 millimeters, 100 %, and after instilling 6 times, the experimental group took 50 minutes, the control group took 80 minutes.

Keyword: mydriatic drug, pupil diameter

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อกระจก (Cataract) เป็นโรคที่เกิดจากเลนส์แก้วตาขุ่น หากไม่ได้รับการรักษา จะเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคต้อหินแบบเฉียบพลัน โรคม่านตาอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตามาก ตาแดง และอาจทำให้ตาบอดได้ ถึงร้อยละ 69.70 ของผู้ที่ตาบอดทั้งหมด โดยโรคต้อกระจกมักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและมีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 สถิติประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคต้อกระจก เท่ากับ 122,504 ดวงตา จำนวน 110,245 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยการผ่าตัดต้อกระจกย้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561-2564 ที่ 118,366 ดวงตา¹ เช่นเดียวกับสถิติของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ปีพ.ศ. 2562-2564² พบผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 262, 777 และ 797 ราย ซึ่งภาวะต้อกระจกส่งผลกระทบต่อในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีอาการตามัวตลอดเวลา มองเห็นภาพซ้อน หากปล่อยทิ้งไว้จะต้องสูญเสียการมองเห็นถาวร จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม

การหยอดยาขยายรูม่านตา เป็นขั้นตอนที่สำคัญก่อนการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม เพื่อให้ทำการผ่าตัดได้ง่ายขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำผ่าตัด จำเป็นต้องขยายรูม่านตาของผู้ป่วยออกให้มากที่สุด (ไม่น้อยกว่า 8 มิลลิเมตร) ซึ่งรูปแบบที่ใช้ในการหยอดยาขยายรูม่านตาของแผนกผู้ป่วยใน ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลบ้านโป่งที่ถูกกำหนดโดยจักษุแพทย์ คือ การหยอดตาด้วย 1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine (ยาเดี่ยว) ทุก 5 นาที คิดเป็น 1 รอบ แต่ละรอบห่างกัน ทุก 10 นาที อย่างละ 6 ครั้ง รวม 12 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการหยอดยาขยายรูม่านตา 80 นาที จากการใช้รูปแบบการหยอดยาขยายรูม่านตาแบบยาเดี่ยว พบปัญหา คือ ผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงเพื่อหยอดยาให้ได้ขนาดของรูม่านตา ซึ่งต้องใช้เวลานานถึง 80 นาที ทำให้เกิดอาการเมื่อยล้าและปวดหลัง นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์หยอดยาผิดจากการหยอดยาสองชนิดสลับกัน ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจ ผิดปกติ และภาวะความไม่สุขสบายจากยา 10% Phenylephrine เช่น มีอาการแสบตา เคืองตา³ นอกจากนี้พบว่าขณะรอทำการผ่าตัดต้อกระจก ผู้สูงอายุจะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และระยะเวลารอเตรียมก่อนผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษากับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก พบว่าเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ถือเป็นภาวะคุกคาม ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ

ของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลที่จะเผชิญกับการผ่าตัด ส่งผลต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล^{4,5,6} และยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล⁷ ซึ่งหากลดระยะเวลาเตรียมก่อนผ่าตัดจะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเตรียมรอผ่าตัดตาได้

จากรายงานการศึกษาการใช้ยาขยายม่านตาแบบยาเดี่ยวและยาผสม พบว่าเมื่อใช้ยาขยายม่านตา 2.5% Phenylephrine ขนาดรูม่านตาจะกว้างกว่าใช้ 10% Phenylephrine โดยใช้ยา Tropicamide ซึ่งเป็นยาที่ทำให้รูม่านตาขยายในขนาดความเข้มข้น 1% รวมด้วย⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ 2.5% Phenylephrine ผสมกับ 0.75% Tropicamide ในเด็กคลอดก่อนกำหนด โดยทำให้ส่วนผสมความเข้มข้นของยาลดลง หยอดครั้ง 1 หยด ห่างกัน ทุก ๆ 5 นาที พบว่าสามารถขยายม่านตาได้เร็วและกว้างกว่าการใช้ยาเดี่ยวสลับ (1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine)⁹ รวมถึงใช้ระยะเวลาในการนอนหยอดยาน้อยกว่า และไม่พบความเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ⁸ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการหยอดขยายม่านตาระหว่างใช้ยาเดี่ยว (1%Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) กับใช้ยาผสม (1%Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก

จากข้อมูลดังกล่าว คณะผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาขยายม่านตาระหว่างการใช้ยาเดี่ยว (1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) กับการใช้ยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) ซึ่งเตรียมโดยเภสัชและสามารถหยอดได้ทันที ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก ประเมินโดยการเปรียบเทียบขนาดรูม่านตา จำนวนครั้งที่ใช้ในการหยอดยาขยายม่านตา และระยะเวลาในการนอนหยอดยาขยายม่านตา เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ลดภาวะไม่สุขสบายตาจากการใช้ยาเดี่ยว ที่มีความเข้มข้น นอกจากนี้ยังเป็นการลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการตรวจทางจักษุ การขยายม่านตาเตรียมก่อนการทำผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการขยายม่านตา ระหว่างการใช้ยาเดี่ยว (1% Tropicamide กับ 10% Phenylephrine) และการใช้ยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก

ขอบเขตของการวิจัย

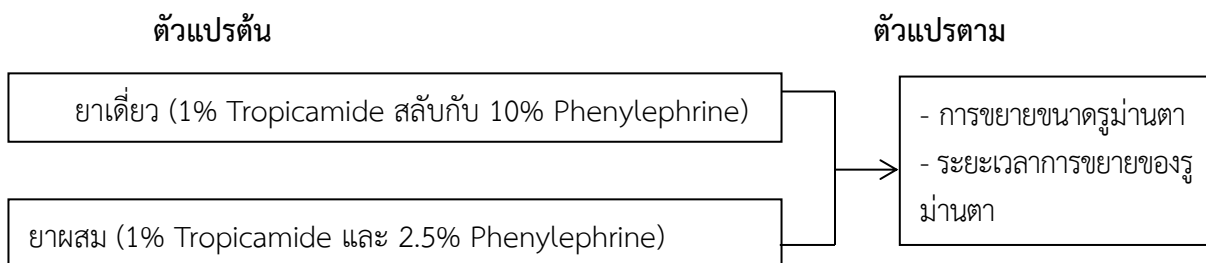
ขอบเขตด้านประชากร

ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการผ่าตัดการทำผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม และเตรียมขยายม่านตาก่อนทำผ่าตัด จำนวน 60 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ยาผสม 1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine ตัวแปรตาม คือ การขยายขนาดรูม่านตา และระยะเวลาการขยายของรูม่านตา

ขอบเขตด้านสถานที่ แผนกผู้ป่วยใน ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลบ้านโป่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาเดี่ยวกับการใช้ยาผสมในผู้ป่วยที่ได้รับการหยอดยายาขยายม่านตา เพื่อเตรียมก่อนทำผ่าตัดต้อกระจก

ประชากร ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคต้อกระจกทั้งหญิงและเพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่แพทย์มีคำสั่งให้การรักษาด้วยการทำผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม และเตรียมขยายรูม่านตาก่อนทำผ่าตัด การคัดเลือกอย่างเจาะจง (purposive selection) จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จับคู่ตามเพศ และอายุที่ใกล้เคียงกัน โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจับฉลาก ถ้าจับได้เลข 1 เป็นกลุ่มทดลองและ จับได้หมายเลข 2 เป็นกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคต้อกระจกอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการผ่าตัดการทำผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม
2. ไม่มีประวัติป่วยความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคต่อหิมนมปิด หรือโรคจอประสาทตาอื่น ไม่เคยผ่าตัดภายในลูกตา ไม่มีการติดเชื้อที่ตา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงของยา เช่น แสบตามากหลังหยอดยา
2. วัดความดันโลหิต สูงกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท
3. อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที และไม่สม่ำเสมอ ขณะนอนนิ่ง ๆ หยอดยายาขยายม่านตา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ คือ เพศ อายุ และประวัติการเป็นโรคประจำตัว
2. แบบบันทึกการวัดขนาดรูม่านตา และระยะเวลาในการขยายรูม่านตา
3. มาตรฐานวัดขนาดรูม่านตา เป็นอุปกรณ์มาตรฐานในหอผู้ป่วยจักษุใช้สำหรับวัดขนาดรูม่านตา มีลักษณะขนาดรูม่านตา ตามขนาดตั้งแต่ 1-9 มิลลิเมตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน โดยเครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึก ขนาดรูม่านตาที่วัดด้วยมาตรวัดขนาดรูม่านตามตามขนาดตั้งแต่ 1-9 มิลลิเมตร เป็นอุปกรณ์มาตรฐานใช้ที่หอผู้ป่วยจักษุสำหรับวัดขนาดรูม่านตา และระยะเวลาในการขยายรูม่านตา โดยได้รับการตรวจสอบเครื่องมือตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการทำโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ตามหนังสือรับรอง REC 007/2562E วันที่ 2 สิงหาคม 2562 และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากขยายรูม่านตาอย่างชัดเจน พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยผู้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษา และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถแจ้งความประสงค์ขอยกจากการวิจัยได้เมื่อต้องการ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริงการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้เตรียมโดยได้รับการขยายรูม่านตาด้วยยาเดี่ยว 1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระจก การหยอดยาแต่ละครั้งจะหยอดยา 2 ชนิด คือ 1% Tropicamide สลับ 10% Phenylephrine โดยหยอดยาห่างกัน 5 นาที ถือเป็นการหยอดยา 1 รอบ และรอบต่อไปหยอดยาห่างกันทุก 10 นาที จนครบ 6 รอบ

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้เตรียมโดยได้รับการขยายรูม่านตาด้วยยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) ซึ่งเป็นยาที่เตรียมโดยเภสัชกร และสามารถให้หยอดได้ทันที ในการเตรียมก่อนผ่าตัดกระจก หยอดจำนวน 1 ครั้ง ถือเป็นการหยอดยา 1 รอบ และรอบต่อไปหยอดห่างจากรอบแรก 10 นาที จนครบ 6 รอบ

ในแต่ละกลุ่มจะได้รับการวัดขนาดรูม่านตา ก่อนการหยอดยาแต่ละรอบจนครบ ลงบันทึกเวลา และขนาดรูม่านตา ในแบบบันทึกของแต่ละกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 66.66 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.67 และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 50.00 อายุ 71- 80 ปี ร้อยละ 76.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	15	50.00	15	50.00
หญิง	15	50.00	15	50.00
อายุ (ปี)				
60 – 70	8	26.67	5	16.67
71 – 80	20	66.67	23	76.67
≥81	2	6.66	2	6.66
โรคประจำตัว				
มี	7	23.33	12	40.00
ไม่มี	23	76.67	18	60.00

2. การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาก่อนและหลังได้รับยาขยายรูม่านตาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ขนาดรูม่านตาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามจำนวนรอบที่ได้รับการหยอดขยายรูม่านตา ดังนี้

2.1 ขนาดรูม่านตาก่อนได้รับยาขยายรูม่านตา พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ร้อยละ 76.67 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ร้อยละ 86.67 ทั้งสองกลุ่มมีขนาดรูม่านตา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.324$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาก่อนได้รับยาขยายรูม่านตาจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดรูม่านตา (มิลลิเมตร)	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.0	23	76.67	26	86.67	0.324
2.5	7	23.33	4	13.33	

* $p < 0.05$

2.2 ขนาดรูม่านตาหลังได้รับการหยอดยาขยายรูม่านตา รอบที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมมีขนาดรูม่านตา 4 มิลลิเมตร ร้อยละ 63.33 และกลุ่มทดลอง มีขนาดรูม่านตา 4 มิลลิเมตร ร้อยละ 46.67 เมื่อพิจารณาขนาดรูม่านตาที่ขยายสูงสุดในรอบที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตา 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 3.33 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.324$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาหลังได้รับยาขยายรูม่านตารอบที่ 1 จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดรูม่านตา (มิลลิเมตร)	กลุ่มควบคุม (นาที่ที่ 5)		กลุ่มทดลอง (นาที่ที่ 0)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2.0	1	3.33	0	0.00	0.431
3.0	8	26.67	10	33.33	
4.0	19	63.33	14	46.67	
5.0	2	6.67	5	16.67	
6.0	0	0.00	1	3.33	

* $p < 0.05$

6(12)

2.3 ขนาดรูม่านตาหลังได้รับการหยอดยาขยายรูม่านตา รอบที่ 2 พบว่า กลุ่มควบคุมมีขนาดรูม่านตา ที่ 5 และ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 43.33 กลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตาที่ 5 และ 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 40.00 เมื่อพิจารณาขนาดรูม่านตาที่ขยายสูงสุดในรอบที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตา 8 มิลลิเมตร ร้อยละ 3.33 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.414$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาหลังได้รับยาขยายรูม่านตารอบที่ 2 จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดรูม่านตา (มิลลิเมตร)	กลุ่มควบคุม (นาที่ที่ 20)		กลุ่มทดลอง (นาที่ที่ 10)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
4.0	2	6.67	2	6.67	0.414
5.0	13	43.33	12	40.00	
6.0	13	43.33	12	40.00	
7.0	2	6.67	3	10.00	
8.0	0	0.00	1	3.33	

* $p < 0.05$

2.4 ขนาดรูม่านตาหลังได้รับการหยอดยาขยายรูม่านตา รอบที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุมมีขนาดรูม่านตา ที่ 7 มิลลิเมตร ร้อยละ 56.67 และกลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตาที่ 7 มิลลิเมตร ร้อยละ 66.67 เมื่อพิจารณาขนาดรูม่านตาที่ขยายสูงสุดในรอบที่ 3 พบว่ากลุ่มควบคุมมีขนาดรูม่านตา 8 มิลลิเมตร ร้อยละ 16.67 และกลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตา 8 มิลลิเมตร ร้อยละ 20.00 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.349$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาหลังได้รับยาขยายรูม่านตารอบที่ 3 จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดรูม่านตา (มิลลิเมตร)	กลุ่มควบคุม (นาที่ที่ 35)		กลุ่มทดลอง (นาที่ที่ 20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
6.0	5	16.67	7	23.33	0.349
7.0	17	56.67	20	66.67	
8.0	5	16.67	6	20.00	

* $p < 0.05$

2.5 ขนาดรูม่านตาหลังได้รับการหยอดยาขยายรูม่านตา รอบที่ 4 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีขนาดรูม่านตา ที่ 8 มิลลิเมตร ร้อยละ 90.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีขนาดรูม่านตาที่ 8 มิลลิเมตร ร้อยละ 83.34 เมื่อพิจารณาขนาดรูม่านตาที่ขยายสูงสุดในรอบที่ 4 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตา 9 มิลลิเมตร ร้อยละ 3.33 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.165$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาหลังได้รับยาขยายรูม่านตารอบที่ 4 จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดรูม่านตา (มิลลิเมตร)	กลุ่มควบคุม (นาที่ที่ 50)		กลุ่มทดลอง (นาที่ที่ 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
7.0	2	6.67	4	13.33	0.165
8.0	27	90.00	25	83.34	
9.0	1	3.33	1	3.33	

* $p < 0.05$

7(12)

2.6 ขนาดรูม่านตาหลังได้รับการหยอดยาขยายรูม่านตา รอบที่ 5 พบว่า กลุ่มควบคุมมีขนาดรูม่านตา ที่ 9 มิลลิเมตร ร้อยละ 63.33 และกลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตาที่ 9 มิลลิเมตร ร้อยละ 46.67 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.182$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาหลังได้รับยาขยายรูม่านตารอบที่ 5 จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดรูม่านตา (มิลลิเมตร)	กลุ่มควบคุม (นาทิตี่ 65)		กลุ่มทดลอง (นาทิตี่ 40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
8.0	11	36.67	16	53.33	0.182
9.0	19	63.33	14	46.67	

* $p < 0.05$

2.7 ขนาดรูม่านตาหลังได้รับการหยอดยาขยายรูม่านตา รอบที่ 6 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีขนาดรูม่านตา ที่ 9 มิลลิเมตร ร้อยละ 93.33 และกลุ่มทดลองมีขนาดรูม่านตาที่ 9 มิลลิเมตร ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.231$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบขนาดรูม่านตาหลังได้รับยาขยายรูม่านตารอบที่ 6 จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดรูม่านตา (มิลลิเมตร)	กลุ่มควบคุม (นาทิตี่ 80)		กลุ่มทดลอง (นาทิตี่ 50)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
8.0	2	6.67	0	0.00	0.231
9.0	28	93.33	30	100.00	

* $p < 0.05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรูม่านตาจำแนกตาม ระยะเวลาและจำนวนรอบในการได้รับยาหยอดขยายรูม่านตา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรูม่านตาจำแนกตามจำนวนรอบในการได้รับยาหยอดขยายรูม่านตาเพื่อให้รูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับยาหยอดขยายรูม่านตา จำนวน 5 รอบจึงทำให้รูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรูม่านตาจำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการหยอดขยายรูม่านตา พบว่า กลุ่มควบคุมใช้เวลาในการหยอดตาเพื่อให้รูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป 65 นาที ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาในการหยอดตาเพื่อให้รูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป 40 นาที เมื่อพิจารณาการได้รับการหยอดยาตามเกณฑ์ที่กำหนด (จำนวน 6 รอบ) พบว่า กลุ่มควบคุมใช้เวลา 80 นาที ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลา 50 นาที ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรูม่านตาจำแนกตาม ระยะเวลาและจำนวนรอบในการได้รับยาหยอดขยายรูม่านตา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จำนวนรอบ	ระยะเวลา (นาทิตี่)	ขนาดรูม่านตา	$\bar{x}$	SD	t	p-value
1	5	กลุ่มควบคุม	3.73	0.64	0.89	0.431
	0	กลุ่มทดลอง	3.90	0.80		
2	20	กลุ่มควบคุม	5.50	0.73	0.63	0.414

จำนวนรอบ	ระยะเวลา (นาทิตี่)	ขนาดรูม่านตา	$\bar{x}$	SD	t	p-value
3	10	กลุ่มทดลอง	5.63	0.89	-0.21	0.349
	35	กลุ่มควบคุม	7.00	0.59		
4	20	กลุ่มทดลอง	6.97	0.67	-0.71	0.615
	50	กลุ่มควบคุม	7.97	0.32		
5	30	กลุ่มทดลอง	7.90	0.40	-1.29	0.182
	65	กลุ่มควบคุม	8.63	0.49		
6	40	กลุ่มทดลอง	8.47	0.51	1.44	0.143
	80	กลุ่มควบคุม	8.93	0.25		
	50	กลุ่มทดลอง	9.00	0.00		

*p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การที่รูม่านตาจะเปิดขยายออกได้นั้น เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ 2 กลุ่ม ได้แก่ การคลายตัวของกล้ามเนื้อหดรูม่านตา (Iris spincter muscle) ขณะที่กล้ามเนื้อขยายรูม่านตา (Iris dilator muscle) หดตัวเพิ่มขึ้น ควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ ยาที่ใช้ในการขยายรูม่านตา ได้แก่ Tropicamine เป็นยาในกลุ่ม Parasympatholytic ขัดขวางการทำงานของระบบพาราซิมพาเธติก ที่กระตุ้นกล้ามเนื้อหดรูม่านตา ส่งผลให้กล้ามเนื้อกลุ่มนี้คลายตัวออก ขณะที่ยา Phenylephrine เป็นยาในกลุ่มเสริมการทำงานของระบบซิมพาเธติกที่ควบคุมกล้ามเนื้อขยายรูม่านตาให้หดตัวเพิ่มขึ้น รูม่านตาจึงขยายออกได้ ผลการวิจัยศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลยาหยอดขยายม่านตาระหว่างการใช้ยาเดี่ยว (1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine) กับการใช้ยาผสม (1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine) ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก สรุปและอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ขนาดรูม่านตาและระยะเวลาที่มีประสิทธิผลที่สุทธระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาเดี่ยวและยาผสม มีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ยาผสมที่ประกอบด้วย 1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine มีประสิทธิผลในการขยายรูม่านตา ได้เทียบเท่ากับการใช้ยาเดี่ยว 1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine และขนาดรูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป ใช้จำนวนครั้งในการหยอดยาที่ความแตกต่างกัน กลุ่มควบคุมต้องหยอดยาขยายรูม่านตา จำนวน 5 รอบ จำนวน 10 ครั้ง โดยหยอด 1% Tropicamide 5 ครั้ง และ 10% Phenylephrine 5 ครั้งสลับกัน รูม่านตาจึงจะขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป ส่วนกลุ่มทดลอง หยอดยาขยายรูม่านตาล้างหยอดยา 5 รอบ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม แต่จำนวนการหยอดตา คือ 5 ครั้งได้ผลรูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป เมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาในการหยอดตาขยายรูม่านตา เพื่อให้ขนาดรูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป พบว่า กลุ่มควบคุมใช้ระยะเวลาในการหยอดตาขยายรูม่านตา จำนวน 6 รอบ ระยะเวลา 80 นาที ในขณะที่กลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการหยอดตาขยายรูม่านตา 6 รอบ จำนวน 50 นาที อภิปรายได้ว่า การใช้ยา Tropicamide ร่วมกับ Phenylephrine จะมีผลทั้งกระตุ้นกล้ามเนื้อในการขยายรูม่านตา และลดการทำงานของกล้ามเนื้อหดรูม่านตา ทั้งนี้เนื่องจาก Tropicamine เป็นยาในกลุ่ม Parasympatholytic ขัดขวางการทำงานของระบบพาราซิมพาเธติก ที่กระตุ้นกล้ามเนื้อหดรูม่านตา ส่งผลให้กล้ามเนื้อกลุ่มนี้คลายตัวออก ขณะที่ยา Phenylephrine เป็นยาในกลุ่มเสริมการทำงานของระบบซิมพาเธติกที่ควบคุมกล้ามเนื้อขยายรูม่านตา ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพรูม่านตาหดตัว รูม่านตาจึงขยายออกได้ยาผสม เป็นการลดรอบเวลาในการหยอด

9(12)

ยาเดี่ยวสลั สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบยาหยอดตา 1% Tropicamide เดี่ยว กับผสมระหว่าง 10% Phenylephrine พบว่า แบบผสมมีผลทำให้รูม่านตาขยายได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ^{8,10} จึงสรุปได้ว่ายาผสมที่ประกอบด้วย 1% Tropicamide และ 2.5% Phenylephrine สามารถขยายรูม่านตาได้เทียบเท่ากับการใช้ยาเดี่ยว (1% Tropicamide สลับกับ 10% Phenylephrine)

2. จำนวนครั้งที่หยอดยาเพื่อให้รูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป พบว่ากลุ่มควบคุมได้รับการหยอดยาขยายม่านตาจำนวน 4 รอบหรือการหยอดยายาขยายม่านตา 8 ครั้ง (1% Tropicamide 4 ครั้ง และ 10% Phenylephrine 4 ครั้ง สลับกัน) รูม่านตาจึงจะขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป ถึงร้อยละ 90.00 และเมื่อหยอดยายาขยายม่านตา จำนวน 5 รอบหรือหยอดยายาขยายม่านตา 10 ครั้ง รูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไปร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มทดลอง หลังหยอดยายาขยายม่านตา 4 รอบหรือ 4 ครั้ง รูม่านตาจึงจะขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 86.67 และเมื่อหยอดยายาขยายม่านตา 5 รอบหรือ 5 ครั้งรูม่านตาขยายเต็มที่ 8 มิลลิเมตรขึ้นไปร้อยละ 100 สามารถอภิปรายได้ว่ารูม่านตาขยายขนาดที่ 8 มิลลิเมตรตามเกณฑ์ที่กำหนดครบทุกราย พบว่ายาผสมใช้จำนวนครั้งในการหยาดตาน้อยกว่ายาเดี่ยวสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าประสิทธิภาพของ Tropicamide ร่วมกับ Phenylephrine ในการขยายรูม่านตาก่อนผ่าตัดต้อกระจกได้ผลดีกว่าหยาดตาด้วยยาเดี่ยว Tropicamide หรือ Phenylephrine^{9,6} ซึ่งตรงกับการผลการศึกษาเปรียบเทียบยาหยอดตา 1% Tropicamide ผสม 2.5% Phenylephrine (แบบผสม) มีผลทำให้รูม่านตาขยายได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการหยอดขยายรูม่านตาตามเกณฑ์ที่กำหนด 6 รอบ พบว่า กลุ่มควบคุมใช้เวลาในการหยอดยายาขยายรูม่านตา 80 นาที โดยในการหยอดยาแต่ละครั้งจะหยอดยา 2 ชนิด คือ 1%Tropicamide และ 10% Phenylephrine หยอดยายาขยายรูม่านตาห่างกัน 5 นาที ถือเป็นการหยอดยา 1 รอบ และรอบต่อไปหยอดห่างจากรอบแรก 10 นาที ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาในการหยอดยายาขยายรูม่านตา 50 นาที โดยได้รับยาผสม (1%Tropicamide ผสม 2.5% phenylephrine) จำนวน 1 ครั้ง ถือเป็นการหยอดยา 1 รอบ และรอบต่อไปหยอดห่างจากรอบแรก 10 นาที จะเห็นได้ว่าการใช้ยาผสมสามารถลดระยะเวลาการหยอดยายาขยายม่านตาในการเตรียมผ่าตัด ซึ่งสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจกได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดตา พบว่าระยะเวลารอผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($r = 0.30, p < 0.01$)⁵ และผลการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่าระยะเวลาในการรอแพทย์มาทำผ่าตัดที่นาน ทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่าหากผู้ป่วยมีระยะเวลารอผ่าตัดที่นานมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก็จะเพิ่มตามดังนั้นระยะเวลารอผ่าตัด จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หากผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ช่วยลดระยะเวลาในการรอผ่าตัดก็จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้เช่นกัน^{12,13}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการเพื่อใช้บริหารยาขยายรูม่านตาให้ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด และวิธีหยอด สำหรับการขยายรูม่านตา เตรียมหัตถการที่หน่วยตรวจโรคจักษุ ในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมหรือผู้ป่วยตา หู คอ จมูก และสามารถนำไปขยายผลใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษ ที่มีการเตรียมขยายรูม่านตา เพื่อหัตถการ และเตรียมความพร้อมในการรับการผ่าตัดใส่เลนส์เทียมได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาขยายม่านตาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2564 [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/storage/operatingresult>
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลบ้านโป่ง. ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกปี 2565. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2565.
3. จินตนา สัตยาชัย. เภสัชวิทยา สำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 2 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
4. ลุนนี จิมอาษา, วัลลภา ช่างเจรจา. ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2020;4(7):75-87.
5. วารุณี กุสราข, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ตัวงแพง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560;9(1):1-12.
6. อมรารณณ์ ลากชูรัตน์. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต้อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32(3):1099-1112.
7. ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, กาญจนา หักรังสี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2020;29(5):864-875.
8. ชุมพล อินทรเทศ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาขยายม่านตาในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารแพทย์เขต 2565;41(3):287-296.
9. ณัฐสุดา เสมทรัพย์, ศรีจิตร์ สุนปาน, นางสาวก้านทอง ปัญจะรักษ์, สุนิสา เทพหัสดิน ณ อยุธยา. ศึกษาประสิทธิภาพของ Tropicamide ร่วมกับ Phenylephrine ในการขยายม่านตาก่อนผ่าตัดต้อกระจก [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tec.in.th/ELearning/R2R.pdf/2562>.
10. นิคม วีระนรพานิช, สลิ สุขสมบูรณ์, พัทธกมล พระราช, ศรีสุมล คุณโลก. เปรียบเทียบการใช้ยาหยอดขยายม่านตา 1% Tropicamide แบบครั้งเดียวกับแบบผสม 10% Phenylephrine แบบครั้งเดียวและ 3 ครั้ง. วารสารวิทยาเขต 12 2559;22(4):36-42.
11. วงเดือน ธรรมสุนทร. การศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต้อกระจกโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563;3(2):63-75.

12. Motta MM, Coblentz J, Fernandes BF, Burnier MN. Mydriatic and Cardiovascular Effects of Phenylephrine 2.5% versus Phenylephrine 10%, Both Associated with Tropicamide 1%. *Ophthalmic Res.* 2009;42:87-9.
13. Symons RC, Walland MJ, Kaufman DV. A comparative study of the efficacy of 2.5% Phenylephrine and 10% Phenylephrine in pre-operative mydriasis for routine cataract surgery. *Eye* 1997;11(6):946-8.

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย
ด้วยวิธีรำวงย้อนยุคและการควบคุมอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือด
และสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพระสมุทรเจดีย์
จังหวัดสมุทรปราการ

Effect of a self-regulation program involving retro-line dance exercise and
nutritional management on the physical fitness and blood sugar levels of high-
risk individuals with type II diabetes mellitus in Phrasamutchedi District,

Samutprakarn Province

ประภาส พยุมพฤษ* ณัฐชนน พุยนวล** สมพร ลอยความสุข**

Praphat Phayomphruek* Natchanon Phuinaan** Somporn Loykhwamsuk**

โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ

**คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

*Phrasamutchedisawatyanon Hospital, Samutprakarn Province.

**Faculty of Nursing Science Kanchanaburi Western University

Corresponding author: Natchanon Phuinaan; Email: Phuinaan@gmail.com

Received: November 20, 2023; Revised: March 11, 2024; Accepted: March 13, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้าน
การออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค และการควบคุมอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยง
สูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่ม
ควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค และการควบคุม
อาหาร ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการทดสอบ
สมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบที สถิติวิลคอกซัน และสถิติแมนวิทนียู

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างระดับน้ำตาลในเลือด ($t = 9.15, p < 0.05$)
เส้นรอบเอว ($t = 2.36, p < 0.05$) เปรอร์เซ็นต์ไขมัน ($t = 4.21, p < 0.05$) ความดันโลหิตตัวบน ($U = -2.1, p < 0.05$) ลดลงกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าเฉลี่ยผลต่างความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ ($U = -.8^{ns}, p > 0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง, รำวงย้อนยุค, การควบคุมอาหาร, กลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental two-groups pretest-posttest design aimed to examine effects of self-regulation program involving retro-line dance exercise and nutritional management on the physical fitness and blood sugar levels of high-risk individuals with type II diabetes mellitus (T2DM). A multi-stage random sampling was used to recruit a sample of 59 participants divided 2 groups of the experimental and control with 29 and 30 people for each group. Participants in the experimental group received the self-regulation program in a retro-line dancing and dietary control for 8 weeks while the control group received usual care (Diet & Physical Activity Clinic [DPAC]). Outcomes data were collected by using blood sugar testing, physical fitness measurement. Data analysis included descriptive statistic, t-test, Wilcoxon sign ranks test, Mann Whitney U test.

The results revealed that after receiving the program, participants in the experimental group had decreased mean difference in blood sugar level ($t = 9.15$, $p < 0.05$), waist circumference ($t = 2.36$, $p < 0.05$), fat percentage ($t = 4.21$, $p < 0.05$), systolic blood pressure ($U = -2.1$, $p < 0.05$) significantly higher than those in the control group ($p < 0.05$). But the mean difference score of diastolic blood pressure were decreased not significantly higher than the other ($U = -.8^{ns}$, $p > 0.05$).

Keywords: self-regulation program, retro-line dancing, dietary control, high risk persons to type II diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 100-125 มก./ดล. จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติพบว่าในปี ค.ศ. 2021 มีอัตราความชุกของกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 5.70 (319 ล้านคน) คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2045 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 6.30 (440 ล้านคน) หากปล่อยไว้นานจะกลายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 15-30 ภายในระยะ 5 ปี และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 783 ล้านคน ในปีค.ศ. 2045¹ สำหรับประเทศไทย ในปีค.ศ. 2022 พบอัตราความชุกของกลุ่มผู้เสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 11.88 (2.27 ล้านคน)² ซึ่งเป็นอัตราความชุกที่สูงกว่าของสถิติระดับโลก และพบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 9.50 และมีโอกาสดำเนินเป็นโรคเบาหวานในอนาคต ร้อยละ 5.20 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการวินิจฉัย³ จากรายงานระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2565 พบอัตราความชุกของกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 4.23 ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศ พบว่าในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ มีอัตราความชุกกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 5.94 ซึ่งสูงกว่าสถิติระดับจังหวัด² สถานการณ์ดังกล่าวนี้ส่งผลให้ประเทศไทยพบอัตราความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 30-69 ปี ถึงร้อยละ 9.60 และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน เฉลี่ยวันละ 27 คน มีการประมาณค่ารักษาพยาบาลโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 28,200 บาท/คน/ปี และเมื่อคิดค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลโรคเบาหวาน โดยรวมเฉลี่ยต่อปีจะสูงถึง 47,596 ล้านบาท^{4,5}

รายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่ไม่มีการออกกำลังกาย และที่มีดัชนีมวลกายปกติ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 1.73 เท่า ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์เสี่ยง 1.33 เท่า และคนอ้วนเสี่ยง 4.03 เท่าของผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ⁶ การมีกิจกรรมทางกายระดับเบา หรือมีพฤติกรรมนั่งนานมากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของเส้นรอบเอว และระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์⁷ ทำให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁸ การออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบจังหวะดนตรี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมระบบประสาทสั่งงานของกล้ามเนื้อ ให้เคลื่อนไหวตามจังหวะ

2(14)

ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย การเดินร่าวย้อนยุคเทียบเท่าการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง หากเดินร่าวย 150 นาที/สัปดาห์ จะมีการเผาผลาญกลูโคส 7-50 เท่า อัตราการเผาผลาญพลังงานประมาณ 3.50-7 กิโลแคลอรี/นาที และ หากร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นทุก 500 แคลอรี/สัปดาห์ โดยมีเหงื่อหลั่งออกมาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดลดลง และช่วยให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานได้ เนื่องจากการ ออกกำลังกายทำให้มีการเพิ่ม GLUT-4 (Glucose Transporter-4) และการสร้างไกลโคเจนในกล้ามเนื้อลาย เพิ่มความ ไวของอินซูลิน ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น ช่วยคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁹ และการควบคุมอาหาร ร่วมกับการ ออกกำลังกาย ลดได้ร้อยละ 85.20¹⁰ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณพลังงานเกินความต้องการ เช่น ไขมันสูง น้ำตาล น้ำอัดลม ขนมหวาน อาหารจานด่วน และขนมกรุบกรอบ รวมทั้งในปัจจุบันการเจริญเติบโตของธุรกิจอาหารจานด่วน แบบตะวันตกเพิ่มขึ้น เช่น อาหารจานด่วน พิซซ่า ที่เน้นถึงความอร่อย ถูกปากเป็นหลัก ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึง ได้ง่าย และรวดเร็ว¹¹ เมื่อมีการบริโภคมากขึ้น ส่งผลทำให้ประชาชนเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ 4.03 เท่า⁶

การกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura¹² เป็นแนวคิดที่ใช้กระบวนการสังเกต โดยการตั้งเป้าหมาย การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกาย การบันทึกพฤติกรรม และประเมินข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างต่อเนื่อง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เมื่อปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมาย กระบวนการดังกล่าว หากมีการทำ เป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้การกำกับตนเองด้วยการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารได้ มีการปฏิบัติอย่าง สม่าเสมอ ส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสร้างเสริมให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น มีการศึกษาโดยนำทฤษฎี การกำกับตนเองของ Bandura มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิถีชีวิต ด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร และ พฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง¹³ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการกำกับตนเอง มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร ในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเดินร่าวย้อนยุคร่วมกับการ ควบคุมอาหาร เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางร่างกาย และควบคุมระดับน้ำตาล โดยประเมินผลค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ เส้นรอบเอว เปรอร์เซ็นต์ไขมัน และความดันโลหิต ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่าวย้อนยุคและการควบคุมอาหาร ต่อ ระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ เส้นรอบเอว เปรอร์เซ็นต์ไขมัน ความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางร่างกาย ของกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางร่างกาย ของกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางร่างกาย ดีวกกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล ตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้วยวิธีร่างย้อนยุค และการควบคุมอาหาร ตัวแปรตาม คือ ระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกาย

ขอบเขตด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์¹⁴

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่างย้อนยุคและการควบคุมอาหาร ประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองของ Bandura¹² ในการจัดกิจกรรมซึ่ง Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์นั้น ไม่ได้เกิดจากการเสริมแรงและการลงโทษจากปัจจัยภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และควบคุมการกระทำของตนเอง การกำกับตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยกิจกรรมของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่างย้อนยุค ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) การสังเกตตนเอง 2) การตัดสินใจจากการประเมินข้อมูล และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยได้นำร่างย้อนยุคและการควบคุมอาหารมาเป็นกลวิธีให้กลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ซึ่งส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกาย ที่ประเมินจาก เส้นรอบเอว เปรอร์เซ็นต์ไขมัน และความดันโลหิต ตามแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่างย้อนยุคและการควบคุมอาหาร ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. การสังเกตตนเอง: พฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่ผ่านมา การออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในปัจจุบัน การกำหนดเป้าหมาย และการเตือนตนเอง
2. การตัดสินใจ: การพิจารณาตนเอง ควบคุมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของตัวเองกับสมาชิกในกลุ่ม วางแผนการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร บันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารด้วยตนเอง
3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง: ประเมินผลการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ให้รางวัลตนเองเมื่อทำได้ตามเป้าหมาย และออกกำลังกาย ควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง

1. ระดับน้ำตาลในเลือด
2. สมรรถภาพทางกาย
 - เส้นรอบเอว
 - เปรอร์เซ็นต์ไขมัน
 - ความดันโลหิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) รูปแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนเพศชาย และเพศหญิง อายุระหว่าง 35-59 ปี ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดกัน 3 ครั้ง จำนวน 1,011 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเพศชาย และเพศหญิงอายุ 35-59 ปี ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดกัน 3 ครั้ง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่าง จากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (effect Size) เท่ากับ 0.80 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มละ 27 คน จึงเก็บกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จับคู่คุณลักษณะของเพศ และอายุระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้เท่ากัน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35-59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
2. ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดกัน 3 ครั้ง
3. มีความสามารถสื่อสารเข้าใจความหมาย ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
4. ไม่อยู่ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อใด ๆ
5. แพทย์ระบุว่าไม่มีปัญหาทางสุขภาพและสามารถออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุคและการควบคุมอาหารได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยได้ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกายประกอบด้วย ค่าเส้นรอบเอว เบอร์เซนต์ไขมัน และความดันโลหิต แบบบันทึกการบริโภคอาหาร และการคำนวณพลังงาน
 - 1.2 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลใน สายวัดรอบเอว เครื่องวัดปริมาณเบอร์เซนต์ไขมันระบบดิจิตอล และเครื่องวัดความดันโลหิตระบบดิจิตอล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
 - 2.1 โปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค และการควบคุมอาหาร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองของ Bandura¹² ตามกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ 1) การสังเกตตนเอง 2) การตัดสินใจ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยมีโปรแกรมดังนี้

1) การออกกำลังกายด้วยวิธีร่างย่อนยุค มีช่วงการอบอุ่นร่างกาย (warm up period) ใช้เวลา 5 นาที ช่วงออกกำลังกาย (Exercise period) มี 9 ท่า ใช้เวลา 30 นาที และช่วงผ่อนคลาย (cool down period) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 45 นาที

2) การควบคุมการบริโภคอาหาร

2.1 กำหนดปริมาณของกลุ่มอาหารต่อวัน ในระดับพลังงานต่างกันตามแนวทางโภชนาการ 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มนม กลุ่มเนื้อสัตว์ และกลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ

2.2 การคำนวณพลังงาน โดยขั้นตอนที่ 1 การหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 2 การปรับค่าพลังงานอาหารโดยดูความต้องการของร่างกายที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 นำพลังงานที่ควรได้รับต่อวันใน 3 มื้อ มาเทียบในตารางปริมาณอาหารต่อวัน และจัดเป็นมื้ออาหารที่รับประทานอาหารในแต่ละวัน

2.3 จัดบันทึกในแบบบันทึกทุกวัน

2.2 คู่มือการออกกำลังกายด้วยวิธีร่างย่อนยุค สำหรับกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือของณัฐชนน พุยนวล¹⁵ประกอบด้วย 1) การอบอุ่นร่างกาย 2) ท่าเดินของร่างย่อนยุค 3) การยืดเหยียดคลายอ่อนร่างกาย

2.3 แบบบันทึกการบริโภคอาหาร และการคำนวณพลังงาน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.4 เครื่องมือ สื่อ โสตทัศนูปกรณ์ ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมเครื่องฉายโปรเจกเตอร์ (projector) ชุดเครื่องเสียง ไมโครโฟน วีดิทัศน์โรคเบาหวาน วีดิทัศน์ร่างย่อนยุค ซีดีเพลงร่างย่อนยุค โรลล์พธังโภชนาการ โมเดลอาหาร อุปกรณ์เครื่องเขียน เช่น สมุด ดินสอ ปากกาและป้ายชื่อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติพยาบาลชั้นสูง จำนวน 1 ท่าน โดยมีค่าสอดคล้องเชิงเนื้อหา Index of item objective congruence (IOC) อยู่ระหว่าง .8 - 1.0

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสมรรถภาพทางกายและระดับน้ำตาลในเลือด

- 1) เครื่องวัดความดันโลหิต ได้รับการสอบเทียบมาตรฐาน จากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 6 จังหวัดชลบุรี
- 2) สายวัดเส้นรอบเอว เป็นสายวัดที่ได้มาตรฐาน จากกรมอนามัย
- 3) เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดปริมาณไขมัน ผ่านการทดสอบมาตรฐานจากผู้ผลิต และสอบเทียบมาตรฐาน โดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 6 จังหวัดชลบุรี
- 4) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผ่านการตรวจมาตรฐานจากผู้ผลิต ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 6 จังหวัดชลบุรี และมีการตั้งมาตรฐานของเครื่องก่อนการตรวจทุกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่โครงการวิจัย 9/2566 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดการทดลอง การรักษาความลับ และการนำเสนอเป็นข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อสิทธิและหน้าที่ใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมจึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองนาเกลือร้อย จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วัดระดับเปอร์เซ็นต์ไขมัน วัดเส้นรอบเอว และวัดความดันโลหิต ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยกำกับกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุค และการควบคุมอาหาร รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเบาหวานด้านด้วยสมรรถภาพดี ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ฝึกปฏิบัติการกำกับตนเองออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุค จำนวน 4 ชั่วโมง การกำหนดเป้าหมายการออกกำลังกาย เป้าหมายการควบคุมอาหาร เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกาย นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ และกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 สมรรถภาพดีอย่างมีต้องร่ายและควบคุมอาหาร ฝึกปฏิบัติการกำกับตนเองออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุคและการควบคุมอาหาร โดยใช้เทคนิค 1) การสังเกตตนเอง การตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกาย ประเมินผลข้อมูลการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารจากการบันทึกเปรียบเทียบเป้าหมายที่ตั้งไว้ นำไปสู่ 2) กระบวนการตัดสินใจ ในการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายและดำเนินตนเองถ้าไม่สามารถทำได้

สัปดาห์ที่ 3 สมรรถภาพดีไม่มีขยายอยากได้ต้องร่ายและควบคุมอาหาร ทบทวนกิจกรรมการกำกับตนเอง ในการออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุค และการควบคุมอาหาร สามารถบันทึกเป้าหมายการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การลดเส้นรอบเอว การลดน้ำหนัก ลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย ฯ และการบริโภคอาหาร ด้วยตนเองอย่างถูกต้องที่บ้านได้

สัปดาห์ที่ 4-5 ฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการกำกับตนเองโดยใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (line) และซูม (zoom)

สัปดาห์ที่ 6-8 ฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการกำกับตนเองที่บ้าน

2. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ฯ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) สำนวความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล ทำการลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ผลในโปรแกรมสำเร็จรูป

กลุ่มควบคุม

1. ในสัปดาห์ที่ 1-8 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ (30 2ส ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา) โดยพยาบาลวิชาชีพตามระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองนาเกลือร้อย โดยตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะ 2 เดือน ในเดือนแรกทุก 2 สัปดาห์ และทุก 1 เดือนในระยะ 2 เดือน

2. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ผู้วิจัยแจ้งผลเป็นรายบุคคล ให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุค และการควบคุมอาหาร แจกคู่มือการออกกำลังกายด้วยวิธีร่าย แบบบันทึกการบริโภคอาหาร และการคำนวณพลังงาน วิดีทัศน์ร่าย ซีดีเพลงร่ายแก่กลุ่มควบคุมที่สนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติไคสแควร์ (chi-square-test)
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of Normality) ข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่างโดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน เป็นโค้งปกติอยู่ (p-value > 0.05) ค่าความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ไม่เป็นโค้งปกติ (p-value < 0.05)
3. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน ก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test
4. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่างโดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks test)
5. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน หลังทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent t-test)
6. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง หลังทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U Test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้วยวิธีร่วมนัยและการควบคุมอาหาร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและ กลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า กลุ่มทดลอง 1 คน ขอถอนตัว ขณะดำเนินการวิจัย คงเหลือกลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.31 และ 83.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 52.17 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.52 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.97 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.34 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.17 และ 70.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.86 และ 43.33 ตามลำดับ มีการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 72.41 และ 70.00 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.41 และ 76.67 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง

หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้วยวิธีร่วมนัย และการควบคุมอาหาร กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 102.66 (SD = 3.84) เส้นรอบเอว เท่ากับ 86.90 (SD = 9.86) และเปอร์เซ็นต์ไขมัน เท่ากับ 33.99 (SD = 3.93) หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 96.21 (SD = 6.00) เส้นรอบเอว เท่ากับ 85.14 (SD = 10.05) และเปอร์เซ็นต์ไขมัน เท่ากับ 33.30 (SD = 5.94) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือด	102.66	3.84	96.21	6.00	-8.43	0.000*
เส้นรอบเอว (ซม.)	86.90	9.86	85.14	10.05	-4.37	0.000*
เปอร์เซ็นต์ไขมัน (%)	33.99	3.93	33.30	5.94	-3.89	0.001*

* $p < 0.05$

หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค และการควบคุมอาหารกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน เท่ากับ 134.93 (SD = 19.13) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับ 84.38 (SD = 10.79) หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน เท่ากับ 128.14 (SD = 14.56) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับ 80.83 (SD = 12.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับของค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความดันโลหิตตัวบน	134.93	19.13	128.14	14.56	8.43	0.004*
ความดันโลหิตตัวล่าง	84.38	10.79	80.83	12.01	-1.99	0.047*

* $p < 0.05$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุค และการควบคุมอาหาร กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมัน ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม ฯ โดยใช้ Independent t-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ค่าเฉลี่ยผลต่างระดับน้ำตาลในเลือด							
กลุ่มทดลอง	102.66	3.83	96.21	6.00	-10.82	-9.15	0.000*
กลุ่มควบคุม	106.43	5.52	110.80	5.83			
ค่าเฉลี่ยผลต่างเส้นรอบเอว							
กลุ่มทดลอง	86.90	9.86	85.14	10.04	-1.86	-2.36	0.022*
กลุ่มควบคุม	86.03	10.72	88.13	10.78			

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ค่าเฉลี่ยผลต่างเปอร์เซ็นต์ไขมัน							
กลุ่มทดลอง	33.99	5.93	33.30	5.94	-1.49	-4.21	0.000*
กลุ่มควบคุม	32.41	6.63	33.20	6.45			

* $p < 0.05$

การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยกึ่งควอไทล์ ของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้วยวิธีร่างย่อนยุค และการควบคุมอาหาร ค่ามัธยฐาน ความดันโลหิตตัวบน ลดลงจากก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่ามัธยฐาน ความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงจากก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยกึ่งควอไทล์ ของค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลัง ได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\bar{d}$	U	p-value
	$\bar{x}$	Median	$\bar{x}$	Median			
ความดันโลหิตตัวบน							
ก่อนทดลอง	134.90	138.00	128.10	129.00	2.1	-2.1*	0.041*
หลังการทดลอง	128.10	125.00	130.50	129.00			
ความดันโลหิตตัวล่าง							
ก่อนทดลอง	84.40	82.00	74.20	73.00	2.7	-8 ^{ns}	0.434
หลังทดลอง	80.80	82.00	73.30	69.00			

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเอง ด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่างย่อนยุค และการควบคุมอาหารที่พัฒนาขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงความสำคัญในการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร โดยมีการวางแผนการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การเตือนตนเองด้วยการบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย บันทึกการบริโภคอาหาร และการคำนวณพลังงาน มีการปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง จนครบ 8 สัปดาห์ ในขณะที่ปฏิบัติตามโปรแกรม ฯ ได้รับคำชื่นชมและกำลังใจจากผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ และสมาชิก และได้แสดงความรู้สึกผ่านไลน์ (line) รวมถึงการให้รางวัลสำหรับตนเอง เมื่อสามารถปฏิบัติได้บรรลุ ตามเป้าหมาย ในขั้นตอนทั้ง 3 ของการดำเนินการทดลอง เป็นกระบวนการที่กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายด้วยการร่าง การคุมอาหารของตนเอง และคิดหาทริคให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง ซึ่ง ระหว่างการดำเนินกิจกรรม จะมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีพฤติกรรมออกกำลังกาย การควบคุมอาหารได้ ตามที่ตั้งเป้าไว้ จนเกิดความต่อเนื่องส่งผลดีต่อระดับน้ำตาลในเลือด

สำหรับการออกกำลังกายด้วยวิธีร่างย่อนยุค เป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ช่วยทำให้ หัวใจเต้นเร็ว ร้อยละ 65-85 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และร่างกายใช้พลังงานประมาณ 3.50-7 กิโลแคลอรีต่อนาที

กระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนอินซูลินนำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อที่กำลังทำงานดีขึ้น ทำให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 50¹⁶ และตามโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสม เมื่อนำมาออกกำลังกาย มีผลทำให้ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลง และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย¹⁷ หลอดเลือดมีการขยายตัว แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ทำให้ลดการหดตัวของหลอดเลือดแดง และลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย หัวใจบีบตัวได้แรงมากขึ้น นานขึ้นทำให้จำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ มีผลให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้การควบคุมอาหารตามหลักโภชนาการและพีระมิด ช่วยให้กลุ่มทดลองรู้จักวิธีการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง พอเหมาะต่อความต้องการในแต่ละวัน โดยเน้นให้รับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ หลากหลายออกไป เพื่อให้เกิดประโยชน์และเกิดความสมดุลของสารอาหารที่ร่างกายแต่ละคนต้องการ ขึ้นกับอายุ เพศ ขนาดรูปร่าง และระดับการใช้แรงงานที่แตกต่างกัน¹⁸

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกายด้วยห่วงฮูลาฮูป ในอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการออกกำลังกายด้วยห่วงฮูลาฮูป การควบคุมอาหาร และเส้นรอบเอวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ เช่นเดียวกับผลการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁹ และผลของการออกกำลังกาย และการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในนิสิตระดับปริญญาตรี พบว่ากลุ่มนิสิตที่เข้าร่วมการออกกำลังกาย และควบคุมอาหาร มีมวลไขมัน และร้อยละไขมันร่างกายลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง และการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05²¹ และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย น้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² และสอดคล้องกับผลของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดยโสธร พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05²³ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรม ฯ และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴

สำหรับค่าเฉลี่ยผลต่างความดันโลหิตตัวล่างลดลงจากก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ การลดลงจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความดันโลหิตตัวล่างที่ลดลง 5-6 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 42.00 และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 14.00²⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษานำไปใช้ประโยชน์ ในการส่งเสริมสุขภาพการกำกับตนเอง ด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุค และการควบคุมอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลชุมชนสามารถนำโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุค และการควบคุมอาหาร มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา และหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มที่ต้องการศึกษา
2. พยาบาลชุมชนสามารถนำโปรแกรมการกำกับตนเอง ด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่ายย่อนยุค และการควบคุมอาหาร มาศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรอื่น เช่น กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ
3. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ และกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองนาเกลือร้อย อำเภพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation [IDF]. Diabetes Atlas 10 [online]. 2021 [cited 2023 Apr 27]. Available from: <https://diabetesatlas.org/data/en/world/>
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การใช้บริการสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2565 [cited 2565 Apr 21]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
3. วิชัย เอกพลกร และคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562- 2563 [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
5. อารีย์ เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(2):129-34.
6. Linder S, Abu-Oma K, Geidl W, Messing S, Sarsha M, K. Reimers A, et al. Physical inactivity in healthy, obese, and diabetic adults in Germany: An analysis of related socio-demographic variables. PLOS ONE 2021;16(2):e0246634.

7. Hamilton MT, Healy GN, Dunstan DW, Zderic TW & Owen N. Too little exercise and too much sitting: inactivity physiology and the need for new recommendations on sedentary behavior. Curr. Cardiovasc. Risk Rep. 2008;2(4):292-98.
8. World Health Organization. Fact sheet diabetes [online]. 2016 [cited 2565 Apr 21]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
9. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2013;36:4-41.
10. Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, Roqué FM, Metzendorf MI, Richter B. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2017 [cited 2565 Apr 21];12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429262/>
11. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
12. Bandura, A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Migigan: Prentice-Hall; 1986.
13. Spring B, Champion K, Acabchuk R, Hennessy EA. Self-regulatory behavior change techniques in interventions to promote healthy eating, physical activity, or weight loss: A metareview. Health Psychol Rev 2021;15(4):508-539.
14. อรรพรรณ คงเพียรธรรม. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกายด้วยห่วงฮูลาฮูป การควบคุมอาหาร และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
15. ณัฐชนน พูนวาล. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีรำวงย้อนยุคต่อระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
16. กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
17. อรณา ทศนัย, ฤกษ์ชัย แยมวงษ์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมที่มีต่อค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันและมวลกล้ามเนื้อของหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ 2564;9(1):82-94.
18. ชนิตา ปิทธิการ, ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์. อาหารและสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เสริมมิตร; 2562.
19. สุดาสินี สุทธิฤทธิ์, ดวงมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์ฉมพร เกษโกมล. ประสิทธิภาพโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลตำรวจ 2561;10(2):330-7.
20. จตุพร เหลืองอุบล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, สุไรวรินทร์ ศรีชัย. ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายและการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตต่ำในนิสิตระดับปริญญาตรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2562;26(1):1-8.
21. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์, พรสวรรค์ คำทิพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(2):52-69.

22. สุนทรีย์ คำเพ็ง, อรธิรา บุญประดิษฐ์, อาจารย์พรรัตน์, โยธิน ปอยสูงเนิน. ผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;29(2):74-85.
23. ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์, จิตร มงคลมะไฟ, นิบพร แสนโท, วราทิพย์ แก่นการ. ประสิทธิภาพของการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดยโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(4):102-11.
24. อัจฉราวดี เสนีย์, สมคิด ขำทอง, วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. มหาจุฬานาครทรรศน์ 2566;10(4):55-70.
25. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง) [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaihypertension.org/guideline.html>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงในงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาล
ในจังหวัดสมุทรสงคราม

Factors influencing risk management in the operating room at Hospitals
in Samut Songkhram Province

สุจิตรา กิตติหัช*

Sujitra Kittihach*

โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

*Napalai Hospital, Samut Songkhram Province

Corresponding author: Sujitra Kittihach; Email: sujitra751@gmail.com

Received: December 11, 2023; Revised: January 22, 2024; Accepted: January 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2566 เลือกแบบเจาะจงจำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.0 โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .93, .91 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุ 56-60 ปี ร้อยละ 20.00 การศึกษาปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 71.43 เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด ร้อยละ 68.57 ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนาน 6-10 ปี ร้อยละ 31.43 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ร้อยละ 70.00 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 82.86 เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.08, SD = 0.43, $\bar{X}$ = 4.06, SD = 0.53 และ $\bar{X}$ = 4.01, SD = 0.53) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา (β = 0.137) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง (β = 0.335) และการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม (β = 0.551)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, การบริหารความเสี่ยง, ห้องผ่าตัด

ABSTRACT

Descriptive research was conducted in Samut Songkhram Province with the aim of examining the variables that impact risk management among hospital operating room staff. Personnel employed by Samut Songkhram Province's operating room hospitals made up the sample group. In November and December of 2023, seventy individuals were purposefully chosen. A questionnaire for personal information served as the study tool. Viewpoint on risk management, including participatory risk management and risk management, received an index of consistency (IOC) between .67-1.0, passed a content validity review by three experts, and the reliabilities assessed using the Cronbach's alpha coefficients were .93, .91, and .97. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis were used to examine the data.

The results of the study show that 90% of the sample is female. 20 % of the population is between the ages of 56 to 60; 71.43% have a bachelor's degree or its equivalent; 68.57% are operating room nurses; 31.43% have six to ten years of experience in the operating room; 70.00 % work at Somdej Phra Phutthalertla Hospital; and 82.86% have received training in risk management. High levels of reporting were found for the attitudes toward risk management, staff risk management, and participative management in risk management ($\bar{X}$ = 4.08, SD = 0.43; $\bar{X}$ = 4.06, SD = 0.53; and $\bar{X}$ = 4.01, SD = 0.53, respectively). Variables that had a major impact on operating room staff risk management. Individual factors include education (β = 0.137), attitude toward risk management (β = 0.335), and participatory risk management (β = 0.551) in statistics at the .05 level.

Keywords: Influencing factors, risk management, operating room

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายการให้บริการด้านสุขภาพในปัจจุบันมีเป้าหมายสำคัญในเรื่องของคุณภาพ และมาตรฐานการให้บริการที่เน้นความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยมีการพัฒนาระบบมาตรฐานและแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นองค์กรสุขภาพจึงมีการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาลตามการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ¹ ได้กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพไว้ในตอนที่ 2 ระบบสำคัญของโรงพยาบาล โดยให้มีการบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัยที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยโดยใช้ Patient Safety Goals ไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยนำอักษรตัวแรกของหมวดหมู่เป้าหมายความปลอดภัยที่สำคัญมาเรียงเป็นคำ ว่า SIMPLE ในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมเป็น Patient and Personnel Safety Goals หรือ 2P Safety Goals และจาก SIMPLE เป็น (SIMPLE) ได้แก่ safe surgery, infection prevention and control, medication & blood safety, patient care processes, line tube and catheter & laboratory, emergency response² สอดรับกับการจัดการพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่ได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์³ ระบุว่าองค์กรบริการพยาบาลในสถานบริการพยาบาลสุขภาพทุกระดับต้องมีระบบการบริหารความเสี่ยงและต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางข้อมูล ข่าวสาร และเทคโนโลยีที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวกรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดความต้องการ และความคาดหวังที่จะได้รับการบริการที่ดีและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น สถานบริการสุขภาพทุกแห่งจึงจำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุง และปรับกลยุทธ์ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ และ

2(15)

ปลอดภัยเมื่อเข้ารับบริการ ความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์หรือการกระทำใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมีโอกาสส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหายให้แก่องค์กรได้ เช่น การลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายขององค์กร การประสบกับความสูญเสีย หรือเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น การบาดเจ็บ การเสียชีวิต การสูญเสียทรัพย์สิน สูญเสียชื่อเสียง เป็นต้น¹ โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพมีหลายระบบงานย่อยในระบบใหญ่ การบริหารโรงพยาบาลจึงต้องมีทั้งการบริหารเชิงระบบและเชิงกระบวนการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างทีม และระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ความเสี่ยงจึงมีโอกาสดังกล่าวได้ในทุกกระบวนการของการทำงาน และเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นจึงมีโอกาสดังกล่าวที่จะเกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและโรงพยาบาลตามมา ดังนั้นการบริหารจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการ³

การผ่าตัดเป็นการรักษาโรคของผู้ป่วยทางศัลยกรรมทั้งแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ในปัจจุบันจำนวนผู้มารับบริการด้วยการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สรพ.จัดให้หน่วยงานห้องผ่าตัดเป็นการดูแลเฉพาะ² ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การระงับความรู้สึก และการผ่าตัด 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในการปฏิบัติการผ่าตัดต้องใช้ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม เพื่อให้ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลเกิดคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุด ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยผ่าตัดมีความก้าวหน้าอย่างมากทั้งเทคโนโลยีและวิธีการผ่าตัด อย่างไรก็ตามด้วยกระบวนการในการผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการทำงานของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย มีโอกาสทำให้เสียชีวิตหลังจากการผ่าตัดได้ การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัด เช่น สิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วย แผลผ่าตัดติดเชื้อ ความล้มเหลวของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด อุบัติการณ์เหล่านี้ส่งผลให้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยเกิดมากขึ้น การฟื้นฟูผู้ป่วยนานขึ้น เพิ่มจำนวนวันในโรงพยาบาล และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁴ จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเสียชีวิตแต่ละปี พบว่า มีการผ่าตัดมากกว่า 234 ล้านคนทั่วโลก โดยในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดประมาณ 45 ล้านคน/ปี ประเทศอังกฤษประมาณ 4.2 ล้านคน/ปี และประเทศไทยประมาณ 1.3 ล้านคน/ปี ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ปลอดภัย แต่มีผู้ป่วยบางส่วนเกิดความไม่ปลอดภัยจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) และผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) สาเหตุสำคัญ คือ การสื่อสารระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องล้มเหลวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย⁵ จากรายงานของ The joint commission international⁶ ในปี ค.ศ. 2004–2012 พบจำนวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด จำนวน 6,801 เหตุการณ์ ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จำนวน 719 เหตุการณ์ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยผิดพลาด จำนวน 114 เหตุการณ์ สิ่งของตกค้างในแผลผ่าตัด จำนวน 773 เหตุการณ์ การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ จำนวน 928 และอื่น ๆ อีกจำนวน 3,006 เหตุการณ์ สำหรับประเทศไทย พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด ได้แก่ สิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายทำให้แผลผ่าตัดติดเชื้อ ร้อยละ 38.00 ความล้มเหลวของการผ่าตัด ร้อยละ 23.80 และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 9.58 โดยในปี พ.ศ. 2566 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-I ในหมวดของ Safe Surgery 10 อันดับแรก ได้แก่ เครื่องมือ-อุปกรณ์สำหรับผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน จำนวน 4,604 ราย การเลื่อนผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วน จำนวน 3,747 ราย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด จำนวน 2,671 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะรับยาระงับความรู้สึก จำนวน 1,198 ราย ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้อำนาจ จำนวน 465 ราย สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดไม่ปลอดภัย จำนวน 381 ราย ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในระหว่างการผ่าตัดที่ป้องกันได้ จำนวน 376 ราย Surgical Site Infection (SSI) จำนวน 343 ราย ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังผ่าตัดที่ป้องกันได้ จำนวน 316 ราย และผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง จำนวน 304 ราย⁷

จังหวัดสมุทรสงคราม มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลนภากาศ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับกลาง และโรงพยาบาลอัมพวา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับต้น มีระบบบริการทางการแพทย์ร่วมกันภายใต้ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 ให้บริการทางการแพทย์แบบไร้รอยต่อ มีระบบส่งต่อไปกลับภายในจังหวัด โรงพยาบาลระดับที่ใหญ่เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า มีการพัฒนาบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลร่วมกันตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำหรับระบบงานของห้องผ่าตัด ที่ผ่านมาระบบทั้ง 3 แห่งมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง โดยในปีพ.ศ. 2563-ปัจจุบัน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ส่งผลกระทบต่อทำให้บริการผ่าตัด โรงพยาบาลได้ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงให้ทันต่อเหตุการณ์ และเพื่อความปลอดภัยทั้งตัวผู้รับบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ จากการทบทวนวรรณกรรม การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการในการป้องกัน หรือควบคุมความเสียหายจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เพื่อลดโอกาสและปริมาณความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง⁸ โดยทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ลดปัจจัยความเสี่ยงต่าง ๆ ทำให้บริหารงานเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยง คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง เป็นความคิดเห็นของบุคคล ที่ได้จากการรับรู้หรือจากประสบการณ์มาประเมินและตัดสินใจ และทำให้เกิดความเชื่อฝังใจ ซึ่งเป็นตัวกำหนดความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรม นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วม ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพตามเป้าหมายที่กำหนด

จากอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงในห้องผ่าตัด ได้มีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงร่วมกัน หาแนวทางแก้ไขและจัดทำแนวปฏิบัติร่วมกัน แต่จากการดำเนินงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยขึ้นอยู่กับเจตคติและการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในการค้นหาความเสี่ยง พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงน้อย หรือบางคนแจ้งต่อหัวหน้าเวร หรือหัวหน้าห้องผ่าตัดทราบทางวาจา ไม่ได้เขียนเป็นรายงานอุบัติการณ์ เนื่องจากมองว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อยที่แก้ไขได้ และไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หากเขียนรายงานความเสี่ยงจะต้องมีการหาแนวทางในการแก้ไข ทำให้เป็นภาระและยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในขั้นตอนการค้นหาและวิเคราะห์ความเสี่ยง ถึงแม้หน่วยงานจะแจ้งว่าการบริหารความเสี่ยงไม่กล่าวโทษตัวบุคคล แต่บุคลากรที่กระทำความผิดก็เกรงว่าจะถูกตำหนิ กลัวเป็นความผิด กลัวความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ไม่มีเวลาเขียน หรือลืมนเขียนรายงานทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงได้ไม่ครบ การแก้ปัญหาจึงอาจไม่ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง ทำให้เกิดอุบัติการณ์ต่าง ๆ เช่น มีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด การติดเชื้อหลังผ่าตัดแผล⁴ เป็นต้น จากที่กล่าวมาการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป และพบว่าปัจจัยที่มีผลกับระบบบริหารความเสี่ยง คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของงานห้องผ่าตัด เพื่อนำผลจากการศึกษาไปพัฒนาปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานการวิจัย

เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม

ขอบเขตของการวิจัย

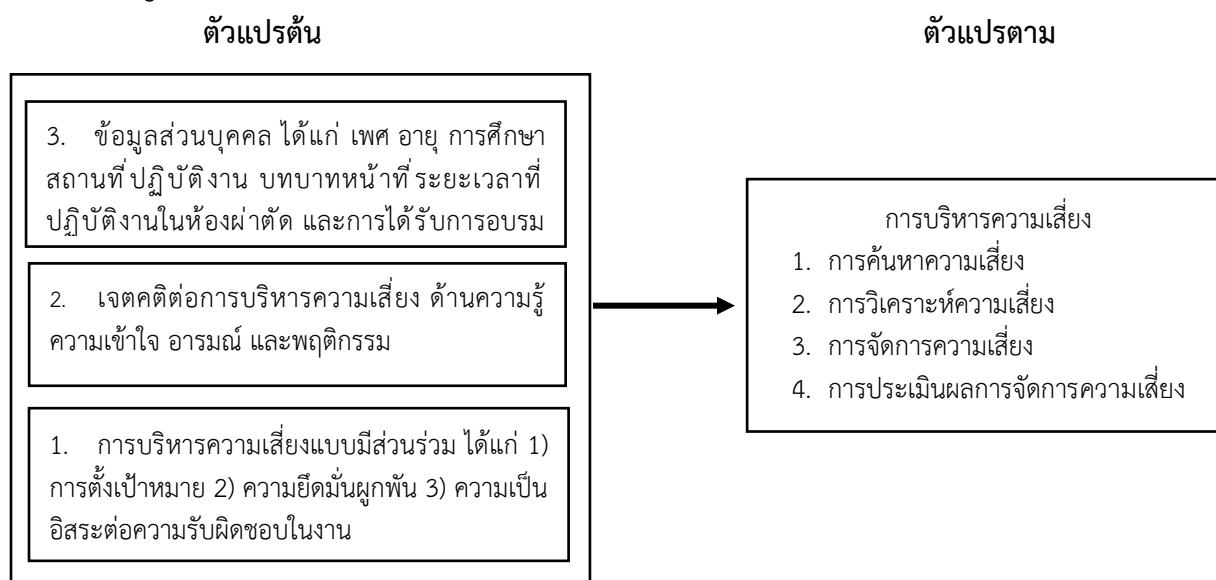
ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 70 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง ตัวแปรตาม คือ การบริหารความเสี่ยง

ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนธันวาคม 2566 โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึงเดือน ธันวาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร ในหน่วยงานห้องผ่าตัดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ ผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson & Tingle⁸ แนวคิดเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของ Gibson, Ivancevich & Donnelly⁹ และแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swans burg¹⁰ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรเพศหญิงและชาย ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ณ โรงพยาบาลนภลัย โรงพยาบาลอัมพวา และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดยมีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง จำนวน 27 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ใช้แนวคิดของกิบสัน และคณะ⁹ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านจิตอาารมณ์ จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านพฤติกรรม จำนวน 8 ข้อ โดยเกณฑ์การแปลความหมาย¹¹ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 16 ข้อ ตามแนวทางการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของสวอนเบิร์ก¹⁰ ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ จำนวน 4 ข้อ 2) ความยึดมั่นผูกพัน จำนวน 3 ข้อ 3) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย¹¹ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยง แบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 30 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน⁸ ดังนี้ 1) การค้นหาความเสี่ยง จำนวน 9 ข้อ 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง จำนวน 9 ข้อ 3) การจัดการความเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย¹¹ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน โดยมีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มบุคลากรห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลอื่น จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .98 แบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง เท่ากับ

.93 แบบสอบถามการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง เท่ากับ .91 และแบบสอบถามการบริหารความเสี่ยง เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามรหัสโครงการเลขที่ 5/2567 เอกสารรับรอง COA No. 5/2567 วันที่รับรอง 19 ตุลาคม 2566 วันหมดอายุ 18 ตุลาคม 2567 และผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิในการได้รับข้อมูลเปิดเผยทั้งด้านบวกและด้านลบของการวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ พร้อมทั้งสิทธิในการในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยนำเอกสารทั้งหมด ประกอบด้วยเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถาม แบบออนไลน์ ไปพบหัวหน้างานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม จากนั้นให้ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์
3. ทำการเก็บข้อมูล โดยการชี้แจงถึงรายละเอียดและทำการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ จึงส่ง link แบบสอบถามออนไลน์ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 40 นาที
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำรวจความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ทำการลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ผลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลระดับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹²
3. ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 32.86 การศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 71.43 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ร้อยละ 70 บทบาทเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด ร้อยละ 68.57 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 6-10 ปี ร้อยละ 31.43 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 82.86 ดังแสดงในตารางที่ 1

7(15)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรห้องผ่าตัด (n=70)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	63	90.00
	ชาย	7	10.00
อายุ (ปี)	21-30	11	15.71
	31-40	16	22.86
	41-50	20	28.57
	51-60	23	32.86
	61-70	10	14.29
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	15	21.43
	ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	50	71.43
	ปริญญาโท	5	7.14
สถานที่ปฏิบัติงาน			
	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	49	70.00
	โรงพยาบาลนภลัย	15	21.43
	โรงพยาบาลอัมพวา	6	8.57
บทบาทหน้าที่			
	พยาบาลห้องผ่าตัด	42	60.00
	วิสัญญีพยาบาล	13	18.57
	ผู้ช่วยพยาบาล	6	8.57
	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	7	10.00
	พนักงานเวรเปล	1	1.43
	แม่บ้าน	1	1.43
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (ปี)			
	≤5	18	25.71
	6-10	22	31.43
	11-15	7	10.00
	16-20	2	2.86
	21-25	8	11.43
	26-30	4	5.71
	≥30	9	12.85
การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง			
	เคย	58	82.86
	ไม่เคย	12	17.14

2. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง พบว่า ระดับเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.43$) บุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนภลัยมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงสูงที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และโรงพยาบาลอัมพวา เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.71$) รองลงมาคือด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 0.47$) และด้านจิตอาสามณ์ ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.46$) ดังแสดงในตารางที่ 2

8(15)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด (n=70)

เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง	รพ.นภลัย		รพ.สมเด็จฯ		รพ.อัมพวา		ภาพรวม		ระดับ
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	4.21	0.37	4.05	0.51	3.92	0.31	4.07	0.47	มาก
ด้านจิตอาสามณ์	4.67	0.49	4.17	0.49	4.02	0.44	3.95	0.46	มาก
ด้านพฤติกรรม	4.05	0.50	3.93	0.47	3.94	0.30	4.30	0.71	มาก
ภาพรวม	4.20	0.40	4.05	0.45	3.96	0.34	4.08	0.43	มาก

3. การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง พบว่า ระดับการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, SD = 0.53) บุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนภลัยมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงสูงสุด รองลงมาคือโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และโรงพยาบาลอัมพวา เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.28$, SD = 0.55) รองลงมาคือด้านความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน ($\bar{X} = 4.03$, SD = 0.59) และด้านความยืดหยุ่นผูกพัน ($\bar{X} = 3.86$, SD = 0.64) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรห้องผ่าตัด (n=70)

การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง	รพ.นภลัย		รพ.สมเด็จฯ		รพ.อัมพวา		ภาพรวม		ระดับ
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์	4.53	0.55	4.23	0.60	4.04	0.10	4.28	0.55	มาก
ความยืดหยุ่นผูกพัน	4.02	0.67	3.78	0.66	4.06	0.25	3.86	0.64	มาก
ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน	4.30	0.44	3.97	0.62	3.83	0.45	4.03	0.59	มาก
ภาพรวม	4.30	0.41	4.00	0.58	3.93	0.30	4.06	0.53	มาก

4. การบริหารความเสี่ยง พบว่า ระดับการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, SD = 0.53) บุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนภลัย มีคะแนนเฉลี่ยการบริหารความเสี่ยงสูงสุด รองลงมาคือโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และโรงพยาบาลอัมพวา เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการค้นหาความเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.09$, SD = 0.57) รองลงมาคือด้านการจัดการความเสี่ยง การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ($\bar{X} = 4.00$, SD = 0.58, 0.56) และด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ($\bar{X} = 3.94$, SD = 0.55) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด (n=70)

การบริหารความเสี่ยง	รพ.นภลัย		รพ.สมเด็จฯ		รพ.อัมพวา		ภาพรวม		ระดับ
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การค้นหาความเสี่ยง	4.19	0.55	4.05	0.60	4.17	0.31	4.09	0.57	มาก
การวิเคราะห์ความเสี่ยง	4.08	0.53	3.86	0.57	4.15	0.40	3.94	0.55	มาก
การจัดการความเสี่ยง	4.10	0.56	3.96	0.61	4.11	0.34	4.00	0.58	มาก
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	4.09	0.54	3.97	0.60	4.06	0.27	4.00	0.56	มาก
ภาพรวม	4.12	0.52	3.96	0.55	4.13	0.32	4.01	0.53	มาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด ($r = 0.297$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด ($r = 0.775$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด ($r = 0.837$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด ($n=70$)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	ระดับของความสัมพันธ์
เพศ	-0.059	0.626	ต่ำ
อายุ	-0.150	0.215	ต่ำ
การศึกษา	0.297	0.013**	ต่ำ
สถานที่ปฏิบัติงาน	-0.132	0.278	ต่ำ
บทบาทหน้าที่	-0.131	0.209	ต่ำ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด	-0.053	0.663	ต่ำ
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	0.051	0.676	ต่ำ
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	0.647	0.000**	ปานกลาง
ด้านจิตอาสามณ์	0.736	0.000**	สูง
ด้านพฤติกรรม	0.752	0.000**	สูง
ภาพรวมเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง	0.775	0.000**	สูง
การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์	0.715	0.000**	สูง
ความยืดหยุ่นผูกพัน	0.711	0.000**	สูง
ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในงาน	0.796	0.000**	สูง
ภาพรวม	0.837	0.000**	สูง

$p < 0.05^*$

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอำนาจทำนายการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงคราม ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลการศึกษา ($\beta = 0.137$) เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ($\beta = 0.335$) และการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ($\beta = 0.551$) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถรวมทำนายการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัดร้อยละ 76.10 ($R^2=0.761$) และสามารถเขียนสมการทำนาย $y = a + bx$ ได้ดังนี้

$Y = -.181 + (.140) \text{ การศึกษา} + (.412) \text{ เจตคติความเสี่ยง} + (.555) \text{ การบริหารแบบมีส่วนร่วม}$ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด (n=70)

ตัวแปร	b	Std. Error	β	T	p-value
การศึกษา	.140	.063	.137	2.223	0.030*
เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง	.412	.115	.335	3.578	0.001*
การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง	.555	.096	.551	5.806	0.000*
Constant = -.181, R = 0.873 R ² = 0.761					

*p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงสูงที่สุด รองลงมาคือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา การบริหารความเสี่ยงของบุคลากรโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสงครามทั้ง 3 แห่งมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีระบบการบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในประเด็นหลักของการรับรอง โดยการรับรองคุณภาพนั้นต้องผ่านการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก² นอกจากนี้การบริหารจัดการทางโรงพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยง ได้ถูกระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 ตามประกาศของสภาการพยาบาล ในมาตรฐานที่ 4 ของมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ระบุไว้ว่า³ องค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องมียุทธศาสตร์การจัดการความเสี่ยง และต้องจัดไว้เป็นระบบหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์กร โดยการจัดการกับความเสี่ยงนั้นมีหลายขั้นตอน จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายตั้งแต่ระดับผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน ตั้งแต่การวางนโยบายการบริหารความเสี่ยง วางแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงการประเมินผลต่าง ๆ ถึงกระบวนการจัดการความเสี่ยงว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปลอดภัย¹³ สอดคล้องกับการศึกษาการสร้างความปลอดภัยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กร คือ กระบวนการจัดการที่ลดอัตราความผิดพลาด ด้วยการค้นหา จำแนก และจัดการความเสี่ยงในระบบบริการ โดยการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ ใช้ในการออกแบบ การสร้างความตระหนัก การยอมรับและนำไปปฏิบัติในงานประจำของบุคลากรทุกระดับ ในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ในภาพตะวันออกเฉียงเหนือ¹⁵ พบว่าระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงทุกด้าน จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการปฏิบัติงาน และการศึกษาเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น เพื่อวิเคราะห์ความรุนแรง ความถี่ และการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้บริหารมีส่วนสำคัญต่อระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหน้าที่คอยควบคุมกำกับ ติดตาม และกำหนดมาตรการป้องกันการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์¹⁶ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง ยกเว้นระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงในระดับต่ำ เนื่องจากในการปฏิบัติงานของบุคลากรห้องผ่าตัดนั้น อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลห้อง

ผ่าตัดในการดูแล ควบคุมกำกับให้บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามระบบบริหารความเสี่ยงที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งมีการนิเทศการทำงานในด้านความเสี่ยงในหน่วยงานอย่างใกล้ชิด มีการสอนงานด้านความเสี่ยงให้กับบุคลากรในหน่วยงาน จึงทำให้บุคลากรมีการจัดการความเสี่ยงในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศ การศึกษา และสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถทำนายการปฏิบัติบริการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดได้¹⁷

ปัจจัยด้านเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัด เนื่องจากบุคลากรห้องผ่าตัดมองเห็นว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือที่ดี สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการคุณภาพได้ นอกจากนี้การมีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงที่ดีทำให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือในการทำงาน ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยงที่จะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมีความปลอดภัย และการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานที่สูง นำไปสู่ความร่วมมือในการทำงานได้เป็นอย่างดี โดยกระบวนการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกในเรื่องการทำบัญชีความเสี่ยงสามารถช่วยลดอุบัติเหตุความเสี่ยง สามารถสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการ โดยบุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจ จิตอาสรมณ์และพฤติกรรมในการบริหารความเสี่ยงขององค์กร โดยการได้รับการฝึกอบรมให้ความรู้การบริหารความเสี่ยงในองค์กรเริ่มตั้งแต่ปฐมนิเทศเข้าทำงาน การกำหนดในแผนฝึกอบรมประจำปี เพื่อให้มีการทบทวนกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งจากผลการศึกษาเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง ด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เพราะสถานบริการสุขภาพทุกระดับและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีความพยายามในการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพสามารถตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้นการจัดบริการพยาบาลที่สร้างรากฐานการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัย ปลูกฝังทัศนคติและเสริมสร้างการปฏิบัติการพยาบาลที่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก ประกอบกับโรงพยาบาลมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยมาดำเนินการพัฒนา ติดตามผลลัพธ์และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่ให้คุณค่ากับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน สร้างบรรยากาศ และจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติอย่างปลอดภัย และการบริการการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้สามารถประกันคุณภาพบริการพยาบาลได้¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดผ่านหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าความรู้ ความตระหนักและทัศนคติต่อการปฏิบัติกระบวนการบริหารความเสี่ยงมีผลต่อการพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงของห้องผ่าตัด¹⁹

ปัจจัยการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัดในระดับสูง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดได้รับโอกาสจากหัวหน้าห้องผ่าตัดในการส่งเสริม สนับสนุน และสร้างความไว้วางใจโดยการมอบหมายงานให้ตรงกับความรู้ ความสามารถ จะทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันร่วมกัน ส่งเสริมทำให้เกิดการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งหน่วยงานห้องผ่าตัดมีการดำเนินการด้านความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง มีการรายงานความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงในหน่วยงานด้วยตนเอง มีอิสระในการทำงาน มีส่วนร่วมในการตามรอย การเป็นผู้แก้ปัญหาความเสี่ยงที่พบจากหน้างานที่ปฏิบัติจนทำให้มองว่าตัวบุคลากรเองมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน เกิดความยึดมั่นผูกพันในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์ พบว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ และการมีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงที่ดีจะสนับสนุนพฤติกรรมต่าง ๆ ในการทำงานให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ การให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการทำงานทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพใน

12(15)

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี พบว่าการมีส่วนร่วมต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกทุกระบวนการ จะทำให้เกิดการประสานงานและตอบสนองอย่างเหมาะสม มีส่วนสำคัญที่ส่งผลดีต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพและคุณภาพของโรงพยาบาล²¹ รวมทั้งการศึกษาล่าสุดที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนเขต 7 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม และทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 40.30²² ดังนั้นผู้บริหารควรส่งเสริมการบริหารแบบมีส่วนร่วม และเสริมสร้างการมีเจตคติที่ดีในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ส่งผลให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ และผู้รับบริการปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยพบว่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมในการบริการความเสี่ยงมีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงสูง ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเน้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการจัดการระบบความเสี่ยง และควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทุกระดับ จะช่วยให้องค์กรขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรสร้างเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร เพื่อกระตุ้นการรับรู้เรื่องความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในห้องผ่าตัด
3. นำผลการวิจัยไปสร้างแนวปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมจากบุคลากรเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงของงานห้องผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการของห้องผ่าตัดแบบมีส่วนร่วมจากบุคลากรในห้องผ่าตัดเพื่อเสริมสร้างคุณภาพบริการ
2. ควรศึกษาตัวแปรอิสระอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรห้องผ่าตัดเพิ่มเติม เช่น การทำงานเป็นทีมเพื่อความปลอดภัย
3. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงหรือความปลอดภัยเพื่อพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในงานห้องผ่าตัดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภลัย ฝ่ายการพยาบาล ผู้ประสานงานวิจัยและบุคลากรโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสมุทรสงคราม ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย) ปรับปรุง มกราคม 2558 [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.doitahospital.com/blog_pharmacy/file/HA%20standard%2058.pdf.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/3xX4fWK>

3. ราชกิจจานุเบกษา: ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เล่ม 112 ตอนที่ 94 ง. [ออนไลน์]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/P122.PDF>
4. ศยามล ภูเขมา, วรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(3):51-60.
5. Borie F, Mathonnet M, Deleuze A, Millat B, Gravié JF, Johanet H, Lesage JP, & Gugenheim J. Risk management for surgical energy-driven devices used in the operating room. JVS 2018;155(4):259-264. <https://doi.org/10.1016/j.jvisurg.2017.12.003>
6. Joint Commission International. International patient safety goals [online]. 2015 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals>.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). OPEN DATA: สถิติรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://data.ha.or.th/dataset/risk_nrls
8. Wilson J, Tingle J. Clinical risk modification: a route to clinical governance. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
9. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH. Organizations: behavior, structure, processes. 10th ed. Boston: Irwin/Mc Graw-Hill; 2000.
10. Swansburg RC, Swansburg RJ. Introduction to management and leadership for nurse managers. 3rd ed. Sudbury: Jones & Bartlett; 2002.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ ฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
12. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
13. ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2560;3(1):77-87.
14. จุฑารัตน์ ช่วยทวี, ณิชกานต์ ทรงไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2560;11(3):42-51.
15. ภัทราพรรณ อาษานาม, สมปรารถนา ดาผา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2565;25(3):133-142.
16. จรรย์ โดยเจริญ, ฉัตรสมุน พดุมิภิญโญ, วิริณธ์ กิตติพิชัย. การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2565;8(3):416-425.
17. บุศรินทร์ จงใจสุธรรม, ขนิษฐา นาคะ, วิภา แซ่เซี้ย. การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;37(2):27-40.
18. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ อังคณิตย์, อาริยา สอนบุญ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดและปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(3):51-60.
19. นันทิพร เนลสัน, จุฬารณ ศักดิ์สิงห์, เอี่ยมพร ชมภูมิ, สลักขณา จันทวิสุข, อดี ต่อวิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามตลู่ผ่านหน้าห้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(3):68-78.

20. รจนา เล้าบัณฑิต, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564;1(1):25-36.
21. เขารัตน์ ศรีวิสุธา. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558.
22. นงเยาว์ คำปัญญา, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนเขต 7 กระทรางสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(3):154-163.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่ม
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาขลุง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Effectiveness of the health literacy development program on health promotion behavior of
the risk group for high blood pressure, Khao Khlung, Subdistrict, Banpong District, Ratchaburi
Province

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุง จังหวัดราชบุรี

Nuananong Srisuksai*

*Khaoklung Sub-district Health Promoting Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Nuananong Srisuksai; Email: nuananong@ckr.ac.th

Received: January 11, 2024; Revised: March 25, 2024; Accepted: March 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ
โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงโรคความ
ดันโลหิตสูง ตำบลเขาขลุง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับ
systolic blood pressure อยู่ระหว่าง 120 -139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับ diastolic blood pressure อยู่ระหว่าง 80-
89 มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 36 คน เครื่องมือ ได้แก่
โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริม
สุขภาพและแบบบันทึกความดันโลหิต ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง
ทางเนื้อหาระหว่าง .90 - .95 ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลล์ฟา เท่ากับ .92 และ.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ย
ความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 และมีค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ABSTRACT

This quasi-experimental research with one group pretest-posttest design was to study the effectiveness of the health literacy development program on health literacy, health promotion behavior and blood pressure of people with a high blood pressure risk group, Khaoklung Subdistrict, Ban pong District, Ratchaburi Province. The sample group was 36 people who were 35 years of age and older with systolic blood pressure levels between 120 -139 mmHg or diastolic blood pressure levels between 80-89 mmHg and who did not receive Diagnosis by doctor of having high blood pressure. The research tools are a health literacy development program, health literacy questionnaire, health promotion behavior questionnaire and blood pressure record form, by 5 experts. The content validity index was between .90 - .95 and Cronbach's alpha coefficient was .92 and .76. The data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The result revealed that after enrolling in the health literacy program, mean of health literacy and health promotion behaviors were significantly higher than before enrolling the program at 0.05 and blood pressure was significantly lower than after enrolling in the program at 0.05.

Keywords: health literacy development program, high blood pressure risk groups, health promotion behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง นับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามทั่วโลก จากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.90 ล้านคน¹ และได้ประเมินอุบัติการณ์การเกิดโรคในระบบหลอดเลือดและหัวใจโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจสูงถึง 1,560 ล้านคนทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568 จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการความชุกของโรคความดันโลหิตสูง พบในประชากรกลุ่มอายุ 65-74 ปี สูงถึงร้อยละ 53² เช่นเดียวกับประเทศอเมริกา พบอัตราการความชุกของประชากรในกลุ่มอายุ 18-39 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.40 ประชากรกลุ่มอายุ 40- 59 ปี ร้อยละ 54.50 และในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 74.50³ สำหรับประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 13 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้⁴ จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์การเกิดในช่วงอายุที่น้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก จำนวน 1.13 พันล้านคน 2 ใน 3 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่งผลให้มีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน^{4,2} สำหรับประเทศไทยช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาคนไทยป่วยด้วยโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน และเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี กว่าปีละ 3 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่าสูงมากถึงร้อยละ 40.00 ของมูลค่างบประมาณภาครัฐไทยทั้งหมด⁵ โดยกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า NCDs เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 75.00 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีหรือ ทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตด้วย NCDs 37 ราย โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบมากคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวานและความดันโลหิตสูง⁶

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลัน ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติและเรื้อรัง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก เนื่องจากลักษณะโรคไม่มีสัญญาณเตือน และไม่มีอาการในระยะเริ่มแรก แต่ถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดโรคความดันโลหิตสูง (pre-hypertension) จะสามารถลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 7 ล้านคนที่ป่วยและยังไม่ได้รับการรักษาและวินิจฉัย⁷ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าอัตราการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 13,420.63, 13,226.75, 12,839.48 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁸ และจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (2564 - 2566) พบว่าอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง 5.34, 4.90, และ 5.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁹

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือบุคคลที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยแบบคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ร่วมกับการตรวจระดับ systolic blood pressure อยู่ระหว่าง 120 -139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับ diastolic blood pressure อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท¹⁰ มีประวัติกรรมพันธุ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึงมีพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีเกลือที่มีปริมาณสูง และไขมันสูง มีกิจกรรมทางกายน้อย มีความเครียด สูบบุหรี่ และดื่มสุรา จะก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา ทำให้ต้องดูแลรักษาในระยะยาว ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อย่างไรก็ตามหากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ลดการบริโภคเกลือและอาหารไขมันต่ำ เพิ่มการออกกำลังกาย อารมณ์ดี เลิกสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้^{10,11} ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่สำคัญคือการจัดการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ลดการเกิดโรคได้ โดยเพิ่มความรู้ ความตระหนักของกลุ่มเสี่ยงให้รู้ค่าความดันโลหิตของตนเอง การเพิ่มการคัดกรองความดันโลหิต มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2568 ให้น้อยกว่า 16,050 ต่อประชากรแสนคน (ร้อยละ 16.05)¹² รวมถึงการมีนโยบายการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (health literacy for NCDs prevention and management)¹³

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นหนึ่งในแนวทางและนโยบายขององค์การอนามัยโลกรวมถึงประเทศไทย เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยให้พัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาและสังคม ที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเอง เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต¹⁴ ซึ่งความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี^{15,16} ถ้าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง อาจส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมาได้¹⁷

จากการรายงานสถานการณ์ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15-59 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 เมื่อพิจารณาในด้านพบว่าอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 50.25¹⁸ และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความ

3(15)

ดันโลหิตสูงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.80 และมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.60 โดยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ⁹ เช่นเดียวกับการสำรวจ ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลเขาหลวง พบว่ามี คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 และมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีคะแนนเฉลี่ยใน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 รวมทั้งพบว่ากลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีการพัฒนา เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราความชุก ร้อยละ 5.34 สอดคล้องกับการวิเคราะห์สาเหตุ โดย กระบวนการ Root Cause Analysis ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลเขาหลวง พบ สาเหตุส่วนใหญ่คือพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารเหมือนเดิม ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ การดื่มสุรา ร้อยละ 38.25 การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 44.71 และพฤติกรรม การรับประทานอาหาร รสมัน เค็ม และมีกะทิเป็นส่วนประกอบ ร้อยละ 68.82²⁰ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มประชากรที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงต่อไปในอนาคตได้ หากยังไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทั้งนี้มีการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ 2) ความรู้และเข้าใจ 3) การรู้เท่าทันสื่อ 4) การตัดสินใจที่ถูกต้อง 5) การจัดการสุขภาพ และ 6) การสื่อสารเพื่อสุขภาพ ไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง¹⁶ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มี บทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชน จึงสนใจศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพัฒนา ความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหลวง และได้้นำแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ (health literacy)¹⁶ มาใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ทางสุขภาพ และมี พฤติกรรม การดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอันจะนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิต ที่เหมาะสม และลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง ตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง ตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง จำนวน 36 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ ความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต

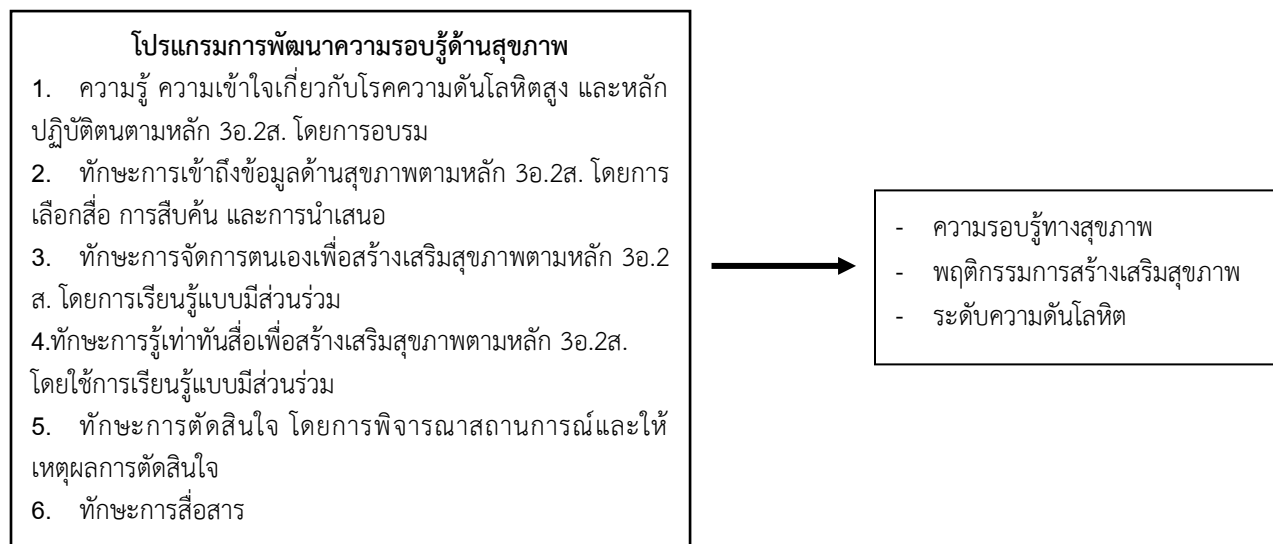
ขอบเขตด้านระยะเวลา ระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน ถึง 15 มกราคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์แนวคิดของดอน นัทบีม¹⁶ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ความรู้และเข้าใจ 3) การรู้เท่าทันสื่อ 4) การตัดสินใจที่ถูกต้อง 5) การจัดการสุขภาพ และ 6) การสื่อสารเพื่อสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง จำนวน 1,111 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 36 คน

การคำนวณขนาดของตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงบ้านไร่ ตำบลไร่สี อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ²¹ และมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ค่า effect size เท่ากับ 1.39 และค่าแอลฟา (alpha) ที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.95 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยเก็บตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 20.00 เท่ากับ 6 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และที่มีค่าระดับ systolic blood pressure อยู่ระหว่าง 120 -139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับ diastolic blood pressure อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในตำบลเขาหลวง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับ การพูด การมองเห็น และการได้ยิน สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรมตลอดจนสิ้นสุด

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง
2. มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและดัดแปลงจากแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลักหลัก 3อ.2ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ²² โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ.2ส. แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. และ 2) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 3) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. 4) การสื่อสารตามหลัก 3อ.2ส. 5) การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส. และ 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3 อ.2ส. ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลเป็น 3 ระดับ²² ดังนี้ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย (0-15

คะแนน หรือร้อยละ 0.00-60.00) ระดับปานกลาง (16-20 คะแนน หรือร้อยละ 60.00-80.00) และระดับมาก (21-25 คะแนน หรือร้อยละ 80.00-100)

2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติประจำ²²

3) โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. โดยการอบรม 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยการเลือกสื่อ การสืบค้น และการนำเสนอ 3) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 5) ทักษะการตัดสินใจ โดยการพิจารณาสถานการณ์และให้เหตุผลการตัดสินใจ 6) ทักษะการสื่อสาร โดยมีระยะเวลาการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 6 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขรับผิดชอบงาน NCDs จำนวน 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน NCDs จำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (I-CVI: Item content validity index) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .95 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เท่ากับ .90 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เอกสารรับรอง เลขที่ RbPH REC 100/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม และเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ เท่านั้น และผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามโปรแกรม ฯ ทั้งหมด 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ในเรื่องโรคและอาการของโรค ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อธิบายแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง และวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดเส้นรอบเอว

2. อบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน และหลักปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่) สอนการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว ใช้เวลาประมาณ 7 ชั่วโมง

3. แจกคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองและแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง และปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้โดยบันทึกลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองทุกวันตามความเป็นจริง

4. ผู้วิจัยสร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มและติดตามเป็นระยะ ๆ

5. กิจกรรมการออกกำลังกาย 3 วัน/สัปดาห์ตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีช่องทางเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้

1. ผู้วิจัยสาธิตและสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube การใช้คำสืบค้น

2. แบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน ให้แต่ละกลุ่มสืบค้นคำง่าย ๆ เช่น สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายที่ช่วยลดระดับความดันเลือด อาหาร DASH หลักปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. โดยผ่านช่องทาง Google, Facebook และ YouTube

3. ให้แต่ละกลุ่มสรุปเนื้อหาที่ได้ในแต่ละคำและนำเสนอแลกเปลี่ยนร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะการจัดการตนเอง

โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผู้วิจัยพูดคุยแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องทำอะไรให้เราไม่เป็นความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส.

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในตำบลเขาสูง

2. ให้แต่ละกลุ่มระดมความคิดร่วมกัน ค้นหาปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมาย และกำหนดวิธีการ ในการดูแลตนเอง และวิธีการควบคุมระดับความดันเลือด ในเรื่องอาหาร การจัดการความเครียด และการออกกำลังกายที่เหมาะสม และบันทึกลงในคู่มือ

3. ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอแนวทางและร่วมกันจัดทำเป็นแนวปฏิบัติของกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 4 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

โดยใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมผู้วิจัยพูดคุยแลกเปลี่ยน โดยใช้ทักษะการสื่อสาร พูด อ่านหรือเขียน

1. ผู้วิจัยใช้ข้อความเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมระดับความดันเลือด การรักษาโรคความดันโลหิตสูง อาหารความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 3-5 ข้อความ และแบ่งกลุ่มเป็น 5 คน ช่วยกันระดมความคิดเห็นและถ่ายทอดผ่านกระดาษเขียนแบบและนำเสนอรายกลุ่ม

2. กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือ หรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบอย่างไร

3. ร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น

4. ติดตามประเมินผลการใช้คู่มือโดยการเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 5 ทักษะการตัดสินใจและการสื่อสาร

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะการตัดสินใจ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

1. มอบหมายสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น สถานการณ์งานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านเพื่อน สถานการณ์การออกกำลังกาย สถานการณ์การจัดการความเครียด
2. แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 5 คน ร่วมกันพิจารณาสถานการณ์ดังกล่าว และร่วมกันตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.
3. ร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น
4. จัดกลุ่มออกเป็นกลุ่มละ 10-12 คน จำนวน 3 กลุ่มยืนต่อแถวตอนลึก
5. ผู้วิจัยให้ข้อความกับคนแรกของแถวอ่าน และให้ส่งต่อข้อความไปคนที่ 2 โดยห้ามออกเสียง จนกระทั่งถึงคนสุดท้ายของแถวและให้คนสุดท้ายบอกข้อความที่คนแรกส่งมาถึง
6. ให้แต่ละกลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้ มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เนื้อสารบิดเบือน รวมถึงเรามีวิธีการอย่างไรในการสื่อสารให้คนเข้าใจ หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลการร่วมกิจกรรมโดย

1. ตอบแบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส.
2. วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว
3. ประเมินการปฏิบัติตามสมุดบันทึกพฤติกรรม
4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯและสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพวิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.10 อายุน้อยสุด 35 ปี และมากที่สุด 67 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.97 (SD = 9.64) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 56-65 ปี ร้อยละ 47.20 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.90 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงวัว ร้อยละ 50.00 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ รายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท ร้อยละ 36.20 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 91.70 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 47.20 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.60 และไม่มียาเสพติดในชุมชน โดยเฉพาะ ร้อยละ 83.30
2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ พบว่าความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ มีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 1.78 (SD = 0.44) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 (SD = 0.30) ดังแสดงในตารางที่ 1

9(15)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ (n = 36)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	mean difference	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
1. ความรู้ความเข้าใจ	1.97	0.84	2.86	0.42	6.80	0.89	0.000*
2. การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ	1.67	0.63	2.25	0.50	7.00	0.58	0.000*
3. การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	1.78	0.72	2.31	0.47	5.66	0.53	0.000*
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	1.78	0.64	2.11	0.46	3.74	0.33	0.000*
5. การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ	1.69	0.79	2.42	0.55	5.85	0.72	0.001*
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	1.78	0.99	2.78	0.64	5.92	1.00	0.000*
ภาพรวม	1.78	0.44	2.45	0.30	12.93	0.67	0.000*

* $p < 0.05$

3. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 (SD = 0.50) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.04 (SD = 0.32) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามรายด้าน (n = 36)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		mean difference	t-test	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
การควบคุมปริมาณ และรสชาติอาหารไม่หวาน มัน เค็มจัด	3.33	0.96	3.86	0.87	0.53	3.48	0.001*
การกินผักและผลไม้สด สะอาด เสมอ อย่างน้อยวันละ 400 กรัมต่อวัน	3.03	0.81	3.75	0.65	0.72	4.45	0.000*
การควบคุมการรับประทานอาหารทุก มื้อโดยคำนึงถึงประโยชน์ และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับ	3.53	0.81	4.00	0.76	0.47	4.07	0.000*
การออกกำลังกายหรือ เคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก	3.03	0.81	3.58	0.65	0.56	3.44	0.000*
การทำงานที่ใช้แรงกายหรือ เคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก	3.36	0.89	3.83	0.73	0.47	4.33	0.000*
การจัดการความเครียด	3.08	0.87	3.72	0.61	0.64	4.42	0.000*
การจัดการกับปัญหาของ ตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี	3.39	0.80	3.92	0.69	0.53	3.75	0.001*

10(15)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		mean difference	t-test	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
การสูบบุหรี่ ยาเส้น และสูดควันบุหรี่	4.14	0.89	4.67	0.48	0.53	3.91	0.000*
การดื่มเหล้าต้ม เหล้า เบียร์ ไวน์	4.06	0.98	4.67	0.47	0.61	3.69	0.001*
การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีดื่มเหล้า สูบบุหรี่	3.92	0.99	4.42	0.65	0.50	3.87	0.000*
พฤติกรรมโดยรวม	3.47	0.50	4.04	0.32	0.56	8.27	0.000*

* $p < 0.05$

4. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อระดับความดันเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) เฉลี่ยเท่ากับ 128.33 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.23) และค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 126.64 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.68) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ (n = 36)

ระดับความดันเลือด	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		mean difference	t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
SBP	128.33	5.23	126.64	4.68	1.69	7.92	0.000*
DBP	84.83	3.30	83.64	2.76	1.19	3.18	0.003*

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ มีความแตกต่างกันทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 1.78 (SD = 0.44) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 (SD = 0.30)

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า ความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการได้รับความรู้ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้โดยเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสภาพ และภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้อธิบายเนื้อหาในคู่มือโรคความดันโลหิตสูง และส่วนประกอบในเนื้อหาต่าง ๆ พร้อมสอนทักษะต่าง ๆ โดยการสาธิตวิธีการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการทราบ และได้มีการสอนการคำนวณอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้จากการฝึกปฏิบัติ มีทักษะ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองได้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของดอน นัทปัม เมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง การใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้าน

11(15)

สุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจ ในเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเอง¹⁶

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครปฐม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³ เช่นเดียวกับผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง หลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 (SD = 0.50) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 (SD = 0.32)

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น จากการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาข้อมูล และบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้อง และสามารถนำสิ่งที่สืบค้นมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติที่ดีได้ รวมทั้งมีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจ และยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ส่งผลให้เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้ความรู้ และฝึกทักษะด้านต่าง ๆ ทั้งการบรรยาย การทำกลุ่ม สาธิตและสาธิตย้อนกลับ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการสร้างกลุ่มไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งข้อมูลข่าวสารเป็นระยะ และมีการออกกำลังกายร่วมกันเป็นประจำสัปดาห์ละ 3 วัน คือ วันจันทร์-วันพุธ เป็นระยะติดต่อกัน 6 สัปดาห์ และยังมีการกระตุ้นให้มีการเสริมแรงกัน จากผลสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในกิจกรรมกลุ่ม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ชมเชย และได้รับกำลังใจจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งโปรแกรมที่จัดขึ้นเป็นกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นการฝึกทักษะ ให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้คู่มือความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงประกอบ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้เองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดีมาก และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴ เช่นเดียวกับผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²¹

3. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) เท่ากับ 128.33 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 5.23$) และค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 126.64 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 4.68$)

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แม้จะเป็นเพียงระยะสั้น ๆ แต่ก็มีแนวโน้มไปทางที่ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางสุขภาพ มีความรู้ใหม่เกิดขึ้น มีทัศนคติเชิงบวก มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการตัดสินใจได้ดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้ค่าระดับความดันโลหิตลดลง ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²¹

ซึ่งกล่าวได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้นควรนำโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงช่วยให้กลุ่มเสี่ยงนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มที่ใช้ และไม่ใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับค่าความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centered health services [online]. 2018 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
2. World Health Organization. Hypertension [online]. 2019 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <http://www.int/Healthtopics/hypertension>
3. Ostchega Y, Fryar CD, Nwankwo T & Nguyen DT. Hypertension Prevalence Among Adults Aged 18 and Over: United States, 2017–2018. National Center for Health Statistics [online]. 2020 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db364-h.pdf>

4. ณัฐจิรพรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562 [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/OZwMU>
5. อีระ วรรณรัตน์. รู้เท่าทัน-ปรับพฤติกรรม-เสริมสร้างสุขภาวะป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ NCDs [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/content/1374821>.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน. กรุงเทพฯ: โอโมชั่นอาร์ต; 2561.
7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/191384/>
8. สำนักโรคไม่ติดต่อดูแลควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559-2561 [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission.document-detail.php>
9. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC). รายงานร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) ปี 2564-2565. [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/4aUsFyC>
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการบริการการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
11. สุภาพร มงคลหมู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/393/1/61920077.pdf>
12. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซด์; 2563.
13. สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รู้เท่าทันสุขภาพ ร่วมสร้างสังคมสุขภาวะ. กรุงเทพฯ: สิริพัฒนา; 2561.
14. ราชกิจจานุเบกษา ตอนที่ 82. ประกาศยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580) [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/>
15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot. Int. 2000;15(3):259-67.
16. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12):2072-8.
17. วัชรพร เขยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ 2560;44(3):183-197.
18. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/321>
19. ณัฐสิทธิ์ สินโท, วิโรจน์ คำแก้ว, อลิสร่า จมุนาถิ, ธาณิ ศรีสักดินอก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(3):99-113.

20. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุ้ง. รายงานสรุปโครงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาขลุ้ง; 2566.
21. ชัยณรงค์ บุรัตน์, นางอรชร สุดตา, นายสวัสดิ์ งามเถื่อน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงบ้านไร่ซี ตำบลไร่ซี อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/1p16.pdf
22. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2561. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข; 2561.
23. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<http://library.christian.ac.th/thesis/document/T042134.pdf>
24. วันวิสา ยะเกียงจำ, ณิชารีย์ ใจคำวัง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. ความรอบรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น) 2565;15(2):97-116.

การพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม
ของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The development of a healthy community model through the participation
process of village health volunteer leaders

นพรัตน์ ยัมพรัตน์*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง จังหวัดเพชรบุรี

Nopharat Yimpirat*

*Ban Don Makhham Chang Sub-district Health Promoting Hospital, Phetchaburi Province

Corresponding author: Nopharat Yimpirat; Email: nopprarat.yimpirat@gmail.com

Received: February 24, 2024; Revised: May 15, 2024; Accepted: May 16, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ตัวแทนประชาชนในชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนประชาชนภาครัฐ 1 คน และตัวแทนประชาชนภาคเอกชน 1 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 2) แนวทางสนทนากลุ่ม และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า 1. บริบทชุมชนเป็นพื้นที่เศรษฐกิจ อยู่ติดฝั่งทะเลอ่าวไทย ประชาชนมีประกอบอาชีพประมง เกษตรกรรม การท่องเที่ยว โดยพบว่าประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคระบาดที่มากับนักท่องเที่ยว 2. ชุมชนต้นแบบสุขภาพดี ประกอบด้วย 1) แนวทางป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร การอบรมให้ความรู้ และการเกษตรปลอดสารพิษ 2) แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคที่มาจากนักท่องเที่ยว 3) การกำกับติดตามกระบวนการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี 3. หลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.56)

คำสำคัญ: ชุมชนต้นแบบสุขภาพดี, การมีส่วนร่วม, ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The action research study aimed to develop a healthy community model through the participation process of village health volunteers. The sample group consisted of 15 people, consisting of 10 village health volunteers, a village headman, 2 people in the community, a government representative, and a private sector representative. The sample was selected by purposive sampling. The tools consisted of 1) a semi-structured interview, 2) a focus group guideline and 3) questionnaires of satisfaction. Content validity was checked by 3 experts. Content validity indexes were .66 - 1.00 and reliability coefficients were .81. Qualitative data was analyzed by content analysis and quantitative data by means, and standard deviation.

The results found that: 1. The community setting is an economic a region on the southern coast of the Gulf of Thailand. In addition to fishing, farming, and tourism. There were also reports of non-communicable diseases and epidemics associated with tourism. 2. A healthy community model consists of 1) guidelines for preventing the occurrence of chronic non-communicable diseases, including changing risky behavior in food consumption. Knowledge training and non-toxic agriculture 2) guidelines for disease surveillance from tourists 3) monitoring the process of developing a healthy model community 3. After the operation, the sample group was satisfied at a high level ($\bar{x} = 4.28$, SD = 0.56).

Keywords: healthy community model, participation, Village health volunteer leader

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ การมีสุขภาพสุขภาพที่ดีจะต้องมีความสมดุลกันทั้งทางกาย ทางจิตทางปัญญา และทางสังคม รวมถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี การมีสุขภาพที่ดีจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นความสุขระดับปัจเจกบุคคล ชุมชนและสังคม นอกจากนี้ยังเป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดและหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและสภาพแวดล้อมโลก เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต และสังคม บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุรวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้¹ ดังนั้นประชาชนจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล และป้องกันการเจ็บป่วย เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถดำเนินการด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งกลวิธีที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลาย ๆ ด้าน เช่น การออกกำลังกาย การลดความเครียด การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เป็นต้น เพราะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและป้องกันการเสื่อมของสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย และเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยให้สามารถดำรง ชีวิตอยู่ได้ อย่างมีความสุขส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นความสามารถของบุคคลและเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง² ซึ่งกลวิธีหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน คือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนของภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน เกิดขึ้นจากแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2521) ที่ได้รับการพัฒนาให้มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในการ "แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ขี่บริการประสานงาน

2(12)

สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี" การพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันมีการปรับกระบวนการทัศนสำคัญในเรื่องการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเดิมมองบทบาทประชาชนเป็นเพียงผู้รับบริการและการตัดสินใจด้านสุขภาพทั้งหมดจะอิงบุคลากรด้านสาธารณสุข มาเป็นการให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น และเน้นการทำงานร่วมกันกับภาคส่วนต่าง ๆ มีการใช้เทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบุรี เป็นหน่วยงานท้องถิ่นที่รับผิดชอบดูแลเรื่องสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี โดยมีพื้นที่ติดทะเลอ่าวไทย ซึ่งเป็นสถานที่ท่องเที่ยว และเป็นที่พักผ่อนทำเกษตร เช่น การทำนา และการปลูกตาลโตนด โดยมีการนำน้ำตาลโตนดมาแปรรูปสินค้า เช่น ขนมหวานต่าง ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าในการทำเกษตรประชาชนนิยมใช้สารเคมีในการดูแลพืชผัก ส่งผลให้พบปัญหาการเจ็บป่วยของเกษตรกรที่ใช้สารเคมี และการเจ็บป่วยจากการบริโภคปนเปื้อนสารเคมี และจากสภาพพื้นที่ที่เป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของตำบล ทำให้ประชาชนในตำบลมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคที่มากับนักท่องเที่ยว เช่น โควิด-19 เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง เห็นว่าแนวทางการรักษาสุขภาพชุมชนโดยใช้แนวทางของแพทย์ปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ จึงอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการช่วยขับเคลื่อนรณรงค์การมีสุขภาพชุมชนที่ดี และเป็นกลุ่มคนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งเป็นต้นแบบทางสุขภาพที่ดีต่อประชาชนในพื้นที่ และเป็นการหามาตรการหรือแนวทางป้องกันโรคระบาดที่มาจากนักท่องเที่ยว เพื่อป้องกันโรคระบาดในพื้นที่⁴

ผู้วิจัยในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง ได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพโดยให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ โดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีชุมชนเป็นฐาน โดยการสนับสนุนของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงจัดทำวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
2. เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประจำหมู่บ้าน

ขอบเขตการวิจัย

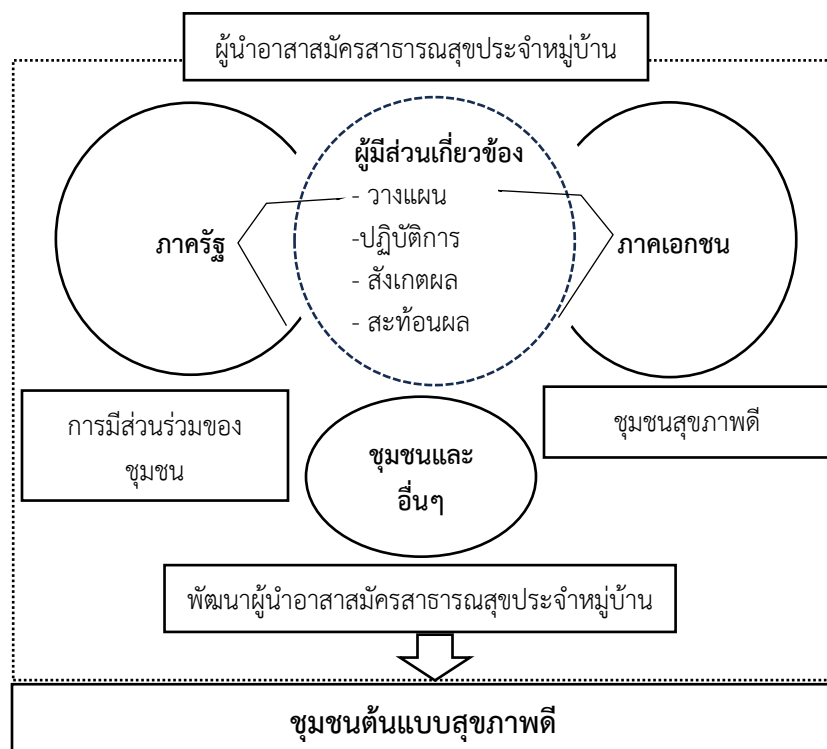
ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านดอนมะขามช้าง จำนวน 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ตัวแทนประชาชนในชุมชน จำนวน 2 คน แบ่งเป็นตัวแทนประชาชนภาคครัวเรือน 1 คน และตัวแทนประชาชนภาคเอกชน 1 คน รวม 15 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ชุมชนต้นแบบสุขภาพดี ตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจต่อการดำเนินการชุมชนต้นแบบสุขภาพดี

ขอบเขตด้านระยะเวลา มกราคม - ธันวาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แนวคิดของโคเฮนและอัทฮอพ⁵ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีขั้นตอน การวางแผน การปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผล และการสะท้อนผล ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากร คือ ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 28 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ประชาชนในชุมชน จำนวน 384 คน จำนวน 413 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านดอนมะขามช้าง จำนวน 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ตัวแทนประชาชนในชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนประชาชนภาครัฐ 1 คน และตัวแทนประชาชนภาคเอกชน 1 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เพศหญิงและเพศชายที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ตัวแทนชุมชน ได้แก่ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลบ้านดอนมะขามช้าง อย่างน้อย 5 ปี
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับ การพูด การมองเห็น และการได้ยิน สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรมตลอดจนสิ้นสุด

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อศึกษาบริบทชุมชน ประกอบด้วย สภาพพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ บริบทของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ วิถีชีวิตของชุมชน และแผนที่เดินดิน และแนวทางสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน ประกอบด้วย ปัญหาและความต้องการของชุมชน และกิจกรรมการขับเคลื่อนพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี

2. แบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกิจกรรมการขับเคลื่อนพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย⁶ ดังนี้ พึงพอใจในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50) และระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .66–1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน จักรีราช ภายใต้หนังสือรับรอง เลขที่ P1/2567 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ และให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะตัดสินใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ 1 วัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ลงชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การเตรียมการและวางแผน (plan) 2) การดำเนินการขับเคลื่อน (action) และ 3) การสรุปและสะท้อนผล (reflect) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การเตรียมการและวางแผน (plan) มีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของชุมชนได้กำหนดประเด็นในการศึกษา คือ สภาพพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ บริบทของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ วิถีชีวิตของชุมชน และแผนที่เดินดิน มีการเก็บข้อมูล 3 วิธีการ คือ

1) การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 15 คน เก็บข้อมูลโดยการบันทึกภาพนิ่ง บันทึกภาพเคลื่อนไหว บันทึกเสียง และจดบันทึก แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

2) การวิเคราะห์เอกสาร รายงานด้านสุขภาพประจำปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบุรี

3) การเดินสำรวจบริบท สภาพชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน และวางแผนกิจกรรมการขับเคลื่อนพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยการบันทึกภาพนิ่ง บันทึกภาพเคลื่อนไหว บันทึกเสียง และ จดบันทึก แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

2. การดำเนินการขับเคลื่อน (action)

ภายหลังได้ปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มผู้นำอาสาสมัครและผู้นำเยาวชนที่ได้มาพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบสุขภาพดี และปฏิบัติตามแผน โดยชุมชนต้นแบบสุขภาพดีประกอบด้วย 1) แนวทางป้องกันการเกิดโรคติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร การอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารเสี่ยง และการเกษตรปลอดสารพิษ เน้นการปลูกพืชแบบไร้สารพิษ และการเลือกบริโภคอาหารและผลิตผลทางการเกษตร 2) แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคที่มาจากนักท่องเที่ยว โดยมีการจัดทำแผน และมาตรการการป้องกันโรคที่มาจากนักท่องเที่ยว มีการกำกับติดตามกระบวนการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี โดยจัดให้มีการประชุมคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องทุกเดือน เพื่อการประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้นและปรับปรุงการดำเนินงานในส่วนที่เป็นปัญหาอุปสรรคจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณา

3. การสรุปและสะท้อนผล (reflect)

ดำเนินการสรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการที่กำหนด โดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ และจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อการสะท้อนคิดและถอดบทเรียนผลการดำเนินโครงการและผลการวิจัย พร้อมทั้งทำรายงานสรุปการนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปสู่การพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหา (Content Analysis) ถอดรหัส ความหมาย (codification) จำแนกและจัดระบบข้อมูล และสรุปผล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความของผู้วิจัยโดยใช้แนวทางของ ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลโดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ และการสร้างความเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน ได้แก่ การนำเสนอ

ข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุม ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล การถอดรหัส และการตรวจ
 ซ้ำอย่างเป็นขั้นตอน 3) ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำโดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

2. ข้อมูลความพึงพอใจต่อแผนชุมชนต้นแบบสุขภาพดี วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและ
 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาของชุมชน

บริบทชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง สำนักงาน
 สาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบุรี มีพิกัดที่ตั้งท่ามกลางชุมชนที่มีบริบทพื้นที่เป็นที่ราบฝั่งทะเล อยู่ทางด้านตะวันออก ฝั่ง
 ทะเลด้านอ่าวไทยจึงมีแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญด้านการประมง เกษตรกรรม และการท่องเที่ยว สภาพภูมิอากาศมีผลต่อ
 การเกิดโรคประจำฤดูกาล อิทธิพลของวัฒนธรรมตาลโตนดดึงดูดคนมาท่องเที่ยวเป็นสถานที่ผลิตจำหน่ายขนมหวาน
 สำหรับสภาพปัญหาของชุมชน พบว่าประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคระบาดที่มา
 กับนักท่องเที่ยว โดยพบว่าประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ละเลยการดูแลตนเอง ทำให้เป็นสาเหตุหลัก
 ของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในชุมชนเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งมีสาเหตุจากการบริโภค
 อาหารที่มีการเจือปนของสารเคมี เมื่อพิจารณาสาเหตุพบว่าประชาชนยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการ
 บริโภคอาหารปลอดภัย การควบคุมปริมาณการรับประทานอาหารหวาน อาหารที่มีไขมันสูง และการใช้สารเคมีอย่างไม่
 ถูกต้อง นอกจากนี้ประชาชนยังเจ็บป่วยจากโรคที่มากับนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะโรคติดต่อที่มากับการหายใจและสารคัด
 หลั่ง เช่น โควิด-19 เป็นต้น ทำให้มีการแพร่กระจายในวงกว้าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสนทนาเกี่ยวกับบริบทชุมชน และสภาพปัญหาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลบ้านดอนมะขามช้าง

ประเด็นบริบทชุมชนเขตพื้นที่	เสียงจากคนใน
บริบทของชุมชน บริบทชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบุรี มีพิกัดที่ตั้งท่ามกลาง ชุมชนที่มีบริบทพื้นที่เป็นที่ราบฝั่งทะเล อยู่ทางด้าน ตะวันออก ฝั่งทะเลด้านอ่าวไทยจึงมีแหล่งเศรษฐกิจที่ สำคัญด้านการประมง เกษตรกรรม และการท่องเที่ยว สภาพภูมิอากาศมีผลต่อการเกิดโรคประจำฤดูกาล อิทธิพลของวัฒนธรรมตาลโตนดดึงดูดคนมาท่องเที่ยว เป็นสถานที่ผลิตจำหน่ายขนมหวานเป็นสาเหตุของการ เกิดโรคกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ผู้นำ อสม.: “รพสต. ดอนมะขามช้างเราตั้งชุมชนใกล้ฝั่งทะเล ค่ะ” ผู้นำชุมชน: “รพสต. ตั้งชุมชนใกล้เป็นเขตเมืองเพชรฯ” คนในชุมชน: “เราอยู่ท่ามกลางพื้นที่เป็นที่ราบฝั่งทะเล ค่ะ” บุคลากรภาครัฐ: “เรายู่อยู่ทางด้านตะวันออกเป็นฝั่งอ่าวไทย ค่ะ” บุคลากรภาคเอกชน: “เราอยู่ฝั่งทะเลด้านอ่าวไทยจึงมีแหล่งเศรษฐกิจที่ สำคัญด้านการประมง เกษตรและท่องเที่ยว ครับ” บุคลากรภาคเอกชน: “สภาพภูมิอากาศมีผลต่อการเกิดโรคประจำฤดูกาล” บุคลากรภาครัฐ: “การมีวัฒนธรรมตาลโตนดนั้นทำให้คนมาเที่ยวเรามีที่ผลิต จำหน่ายขนมหวาน เป็นสาเหตุของการเกิดโรค NCD” บุคลากรภาครัฐ: “ขนมหวานเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคกลุ่มโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ค่ะ”
โรคที่มากับนักท่องเที่ยว 1. การเฝ้าระวังโรคระบาดที่มากับนักท่องเที่ยว	ผู้นำ อสม.: “ हमอนรงคี่ให้มีการเฝ้าระวังโรคระบาดที่มากับนักท่องเที่ยว ค่ะ”

ประเด็นบริบทชุมชนเขตพื้นที่	เสียงจากคนใน
2. ความตระหนักถึงอันตรายที่มาพร้อมกับนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะโรคติดต่อที่มากับการหายใจและสารคัดหลั่ง โดยนักท่องเที่ยวยังขาดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพให้รอดพ้นจากโรคติดต่อ สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1. พฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนมีความเสี่ยงในการเกิดโรคอันเกิดจากพฤติกรรมการกินที่อาจเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมชอบกินอาหารหวาน และกลุ่มโรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการไม่ระวังเรื่องการบริโภคอาหารที่มีการเจือปนของสารเคมี 2. คนในชุมชนยังขาดตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารปลอดภัย การใช้สารเคมีอย่างไม่ถูกต้อง 3. ความสำคัญของการควบคุมปริมาณการกินน้ำตาลรวมถึงไขมันที่เกินความจำเป็น 4. การบริโภคอาหารหวานมากเกินไปจนเกินกว่าความจำเป็นของร่างกาย เพราะพื้นที่ท่องเที่ยวในชุมชนตำบลนาพันสาม ยังขาดตัวเลือกผลิตภัณฑ์อาหารหวานทางเลือกเพื่อให้นักท่องเที่ยวได้มีทางเลือกที่จะบริโภคอาหารหวานที่ปลอดภัย	บุคลากรภาครัฐ: “เรามีความตระหนักถึงอันตรายที่มาพร้อมกับนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะโรคติดต่อที่มากับการหายใจและสารคัดหลั่ง ค่ะ” คนในชุมชน: “ใช่ๆ นักท่องเที่ยวก็ยังขาดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพให้รอดพ้นจากโรคติดต่อ ค่ะ เห็นไม่ระวังกันเลยนะ ค่ะ” ผู้นำ อสม.: “ผมมองว่าพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนมีความเสี่ยงในการเกิดโรคอันเกิดจากพฤติกรรมการกินที่อาจเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ค่ะ” ผู้นำ อสม.: “จริงด้วยโดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมชอบกินอาหารหวาน ค่ะ” บุคลากรภาครัฐ: “กลุ่มโรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการไม่ระวังเรื่องการบริโภคอาหารที่มีการเจือปนของสารเคมี ค่ะ” บุคลากรภาครัฐ: “ที่ว่าคนในชุมชนยังขาดตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารปลอดภัยการใช้สารเคมีอย่างไม่ถูกต้อง ค่ะ” ผู้นำ อสม.: “ฉันเห็นด้วย ค่ะ” ผู้นำ อสม.: “การควบคุมปริมาณการกินน้ำตาลรวมถึงไขมันที่เกินความจำเป็น และสำคัญมาก ค่ะ ความคิดนี้นะ” คนในชุมชน: “พีคิดว่านักท่องเที่ยวและคนในชุมชนมีการบริโภคอาหารหวานมากเกินไปจนเกินกว่าความจำเป็นของร่างกาย เพราะพื้นที่ท่องเที่ยวในชุมชนตำบลนาพันสาม ยังขาดตัวเลือกผลิตภัณฑ์อาหารหวานทางเลือกเพื่อให้นักท่องเที่ยวได้มีทางเลือกที่จะบริโภคอาหารหวานที่ปลอดภัย ค่ะ”

2 ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย

1) แนวทางป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร การอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารเสี่ยง และการเกษตรปลอดภัย เน้นการปลูกพืชแบบไร้สารพิษ และการเลือกบริโภคอาหารและผลิตผลทางการเกษตร

2) แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคที่มาจากนักท่องเที่ยว โดยมีการจัดทำแผน และมาตรการการป้องกันโรคที่มาจากนักท่องเที่ยว

3) การกำกับติดตามกระบวนการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี โดยคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง โดยแผนงานผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักด้วยจิตสาธารณะ ดังแผน “ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตแข็งแรง” มีรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผน “ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตแข็งแรง”

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ขอบเขต	ขั้นตอน	ประเมินผล
1) รณรงค์ให้ผู้ให้บริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาล	เชิงปริมาณ 1) ร้อยละ 60 ของคนในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	ดำเนินการในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ	ประเมินผล 3 ด้าน โดยด้านความรู้จะ ประเมินจากการ

8(12)

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ขอบเขต	ขั้นตอน	ประเมินผล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนมะขามช้าง ตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีตระหนักถึง เมือง จังหวัดเพชรบุรี ตระหนักถึง ความสำคัญของสาเหตุ การเกิดโรคมะเร็งที่มี สามเหตุจากการ บริโภคอาหารที่ ปนเปื้อนสารเคมี และ การเกิดโรค กลุ่มไม่ ติดต่อเรื้อรัง จากการ บริโภคอาหารหวาน 2) พัฒนาชุมชน ต้นแบบสุขภาพดีด้วย กระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้นำอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน	ตำบล บ้านดอนมะขามช้าง ตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีตระหนักถึง เมือง จังหวัดเพชรบุรี ความสำคัญของสาเหตุการเกิด โรคมะเร็งที่มีสามเหตุจากการ บริโภคอาหารที่ปนเปื้อน สารเคมี และ การเกิดโรคกลุ่ม ไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการบริโภค อาหารหวาน และ เชิงคุณภาพ 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผู้มีส่วน เกี่ยวข้องจำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้นำอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน คนในชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนบุคลากรภาครัฐ 1 คน ตัวแทนบุคลากรภาคเอกชน 1 คน และผู้นำอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี ความพึงพอใจเฉลี่ยแผนต่อ แผนพัฒนาชุมชนต้นแบบ สุขภาพดีสร้างชีวิตให้แข็งแรงอยู่ ในระดับมากขึ้นไป	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล บ้านดอน มะขามช้าง ตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอเมือง เพชรบุรี หรือ คนในตำบลนา พันสามที่สนใจ เข้าร่วมการ ดำเนินงาน	หมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน คนในชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนบุคลากร ภาครัฐ 1 คน ตัวแทนบุคลากร ภาคเอกชน 1 คน ดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 1) ขั้นตอน การวางแผน มีการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนาแผนพัฒนาชุมชน ต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตให้ แข็งแรง 2) ขั้นตอนการ ปฏิบัติการตามแผนมีการอาสา และแบ่งหน้าที่ตามความ เหมาะสม 3) ขั้นตอนการ ประเมินผล 3 ด้านความรู้ ด้าน ทักษะ และด้านความพึงพอใจ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลจะ ดำเนินการงานโดยการสนทนา เพื่อวิพากษ์ข้อดีข้อเสียจากการ ดำเนินการตามแผนพัฒนา ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิต ให้แข็งแรง	ถาม-ตอบ ด้าน ทักษะจะประเมิน จากทักษะการ ถ่ายทอดข้อมูล ผู้นำอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้านจากผลงาน เชิงประจักษ์ และ ด้านความพึงพอใจ ประเมินผ่าน แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อ แผนชุมชนต้นแบบ สุขภาพดีสร้างชีวิต ให้แข็งแรง

3. ผลการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภายหลังดำเนินการตามแผน “ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตให้แข็งแรง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแผนชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตให้แข็งแรงภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.56$) โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดได้แก่ กิจกรรมมีประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิต ($\bar{X} = 4.91$, $SD = 0.44$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ที่	ประเด็นความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1	ประเด็นด้านการเตรียมการ	3.50	0.89	ปานกลาง
2	การประชาสัมพันธ์ทั่วถึง	3.45	0.99	ปานกลาง
3	ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม	3.48	0.76	มาก
4	รูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสม	3.67	0.65	มาก
5	ประเด็นด้านการจัดกระบวนการของกิจกรรม	4.00	0.56	มาก
6	ขั้นตอนการจัดกิจกรรม	4.06	0.66	มาก

ที่	ประเด็นความพึงพอใจ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
7	กระบวนการจัดกิจกรรมตรงกับวัตถุประสงค์การจัดงาน	4.50	0.76	มาก
8	ขั้นตอนการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.59	0.34	มากที่สุด
9	ประเด็นด้านวิทยากรและทีมงาน	4.81	0.45	มากที่สุด
10	ความเป็นเป็นมิตร เป็นกันเอง ระหว่างดำเนินกิจกรรม	4.88	0.34	มากที่สุด
11	ให้ข้อมูลเข้าใจง่ายชัดเจน	4.25	0.56	มาก
12	ความรู้ความสามารถในเรื่องที่บรรยาย	4.86	0.32	มากที่สุด
13	เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิต	4.91	0.44	มากที่สุด
14	การเข้าร่วมโครงการทำให้เกิดความประทับใจ	4.53	0.43	มากที่สุด
15	ได้เข้าร่วมโครงการซึ่งตรงตามความต้องการ	4.56	0.34	มากที่สุด
16	ได้เข้าร่วมโครงการหรือได้รับบริการที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	4.45	0.43	มาก
ค่าเฉลี่ยในภาพรวม		4.28	0.56	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. บริบทเป็นพื้นที่บ้านดอนมะขามช้างเป็นที่ราบฝั่งทะเลอ่าวไทย และเป็นพื้นที่เศรษฐกิจโดยชุมชนมีวิถีชีวิตแบบชาวประมงและเกษตรกรรม โดยการประกอบอาชีพเกษตรกรรมนิยมใช้เคมีเพื่อการเกษตร และมีการปลูกตาลโตนดควบคู่กับการเกษตรอื่น ๆ ส่งผลให้ประชาชนในตำบลใช้ประโยชน์จากตาลโตนด ในการแปรรูปผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น ขนมหวาน ซึ่งสามารถดึงดูดให้นักท่องเที่ยวเข้ามา ทำให้เป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคระบาดที่มาจากนักท่องเที่ยว เช่น โควิด-19 นอกจากนี้ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป ละเลยการดูแลสุขภาพเนื่องจากมุ่งเน้นในการประกอบอาชีพมากขึ้น ทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพลดลง รวมทั้งประชาชนในพื้นที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเมะเร็ง โดยพบว่าการบริโภคอาหารที่มีการเจือปนของสารเคมี และการบริโภคอาหารไม่ปลอดภัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดโรค

ผลการศึกษาข้อสรุปได้ว่า เนื่องจากบริบทนี้เป็นชุมชนที่มีความเอกภาพ แตกต่างจากชุมชนอื่น ทั้งด้านกายภาพ วิถีชีวิตของคนในชุมชน เช่น บริเวณมีพื้นที่อยู่ติดชายฝั่งและภาคพื้นดิน เป็นแหล่งท่องเที่ยว รวมทั้งลักษณะชุมชนยังคงวิถีชีวิตแบบชนบท การดำเนินชีวิตตามวิถีเกษตรกรรม เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม จึงส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ของคนในชุมชน เช่น เมื่อเป็นสถานที่ท่องเที่ยวส่งผลกระทบกับคนในชุมชน เช่น โรคระบาดที่มาจากนักท่องเที่ยว หรือวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป สภาพเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงมีผลต่อวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทำให้มีการแข่งขันเพื่อความอยู่รอดทำให้เกิดการสร้างงาน สร้างอาชีพและกระจายรายได้สู่ประชาชนเพิ่มขึ้น ทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การทำงาน ความเครียด หรือแม้กระทั่งการพักผ่อน การใช้ชีวิตอย่างไม่ระมัดระวัง ละเลยการดูแลสุขภาพ ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การออกกำลังกายกลางแจ้ง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁸ และสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05⁹

2. การพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) แนวทางป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร การอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารเสี่ยง และการเกษตรปลอดสารพิษ เน้นการปลูกพืชแบบไร้สารพิษ และการเลือกบริโภคอาหารและผลิตผลทางการเกษตร 2) แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคที่มาจากนักท่องเที่ยว โดยมีการจัดทำแผน และมาตรการการป้องกันโรคที่มาจากนักท่องเที่ยว และ 3) การกำกับติดตามกระบวนการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี โดยคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาข้อสรุปได้ดังนี้ การพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีเกิดจากความต้องการของชุมชนและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างแท้จริงที่ต้องการแก้ปัญหาบริบทชุมชนของตนเอง โดยทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด แก้ไข และประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล⁵ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี สอดคล้องกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมที่หมายถึงการเปิดโอกาสให้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมตั้งแต่การศึกษาปัญหา การวางแผนดำเนินการ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการประเมินร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความสำเร็จและยั่งยืน และทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

3. ผลการพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังดำเนินการตามแผน “ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตให้แข็งแรง” พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแผนชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตให้แข็งแรงภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.56)

ผลการศึกษาข้อสรุปได้ดังนี้ ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถึงจะเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ แต่พบว่า ทิศทางในการดำเนินงานเป็นไปด้วยดี ทำให้ผลอยู่ในระดับมาก โดยกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยส่วนหนึ่งเกิดจากศักยภาพของผู้นำอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่มีความรู้ความสามารถ มีบุคลิกลักษณะที่ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้รับความไว้วางใจและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดเข้ามาเป็นแกนนำ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยกันเอง ทำให้ประชาชนมีความสนใจ และให้ความร่วมมือ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และประสบผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดีด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการศึกษารุ่นนี้ผู้เข้าร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนประชาชนในชุมชน ตัวแทนประชาชนภาครัฐ และตัวแทนประชาชนภาคเอกชน แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้นำส่วนอื่น ๆ ทั้งชุมชน ควรจะเพิ่มในส่วนของการปกครองท้องถิ่น ผู้นำด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งครูนักเรียน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของชุมชน อันจะเป็นการปลูกฝังให้ชุมชนมีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพในระยะยาว

2. บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง ควรขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผน “ชุมชนต้นแบบสุขภาพดีสร้างชีวิตให้แข็งแรง” อย่างต่อเนื่องและควรสร้างเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพเพื่อการกระจายข่าวสารการรณรงค์ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง

3. บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง ควรเผยแพร่ข้อมูลบริบทเชิงพื้นที่ รวมถึงผลการวิจัย ต่อหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง จัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพัฒนาชุมชน เป็นชุมชนสุขภาพดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสร้างเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้มากขึ้น
2. ถอดบทเรียนชุมชนต้นแบบ และศึกษาความยั่งยืนของชุมชนต้นแบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาขอมอบนโยบายการพัฒนาสุขภาพของคนผ่านกระบวนการวิจัย ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ที่ตรวจชิ้นการวิจัยอย่างเข้มข้น ให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย จนได้รับการอนุมัติผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และขอบพระคุณ ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน ตัวแทนบุคลากรภาครัฐ ตัวแทนบุคลากรภาคเอกชน ที่ให้ข้อมูลและขับเคลื่อนงานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ช่องว่างทางสุขภาพในช่วงชีวิตเราบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุรุสภา จำกัด; 2566.
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2006.
3. เพ็ญศรี โตเทศ. การศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) 4.0 ภาคเหนือ ปี 2561. วารสารวิชาการสังคมมนุษย์ 2563;10(1):34-44.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะขามช้าง. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2566.
5. Cohen JM, Uphoff NT. Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies: Cornell University; 1981.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ ฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
7. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park CA: Sage Publications; 1985.
8. พัทธนันท์ คงทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561;10(19):116-126.
9. บุญยัธิตา กิจสุดแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจอก อำเภอยาง่าง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2567;1(3):34-53.

ผลของการใช้โปรแกรมโภชนบำบัดต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

The Effect of using Nutritional Therapy Program on Knowledge and food
consumption behavior of patients with coronary artery disease, Banpong Hospital

วัชรพร ธีรธรรมประชา*

Watcharaporn Teratampracha*

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Banpong Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Watcharaporn Teratampracha; Email: star2513@hotmail.co.th

Received: March 8, 2024; Revised: May 1, 2024; Accepted: May 1, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมโภชนบำบัด ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการ การวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ การให้โภชนศึกษา และการติดตามโภชนบำบัดต่อเนื่อง 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมเท่ากับ .76 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโภชนบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเท่ากับ 13.80 (SD = 1.49) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 36.67 (SD = 9.15) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเท่ากับ 19.50 (SD = 0.63) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.17 (SD = 2.90) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมโภชนบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.25, p < 0.000$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.91, p < 0.000$)

คำสำคัญ: โปรแกรม, โภชนบำบัด, โรคหลอดเลือดหัวใจ

ABSTRACT

This quasi-experimental research with one group pretest-posttest design compared the knowledge scores and self-care behaviors of patients with coronary artery disease before and after using the nutritional therapy program. The sample group were 30 people who patients with coronary heart disease who received services at Ban Pong Hospital. The research tools included, 1) a nutritional therapy program consisting of nutritional status assessments, nutrition analysis, nutrition education and continuous monitoring of nutritional therapy. 2) food consumption test and 3) food consumption behavior questionnaire. Content validity was checked by three experts. Cronbach's alpha was tested for reliability. The confidence values of the knowledge measure and behavioral questionnaire were .76 and .83, respectively. The data was analyzed using descriptive statistics and paired t-test statistics.

The results found that before using the nutrition therapy program. The sample group had a level of knowledge about food consumption, average value was 13.80 (SD = 1.49) and level of food consumption behavior was 36.67 (SD = 9.15). After using the nutrition therapy program. The sample group had an average score of knowledge about food consumption of 19.50 (SD = 0.63) and had an average food consumption behavior of 64.17 (SD = 2.90). After participating in the nutritional therapy program. The sample group had a significantly higher average score of knowledge about food consumption than before participating in the program ($t = 19.25, p < 0.000$) and had significantly higher food consumption behaviors than before participating in the program ($t = 15.91, p < 0.000$).

Keywords: program, nutritional therapy, cardiovascular disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด และเป็นปัญหาสำคัญของภาวะสุขภาพทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.90 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มเป็น 23 ล้านคนต่อปี² สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 58,681 คนต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน และพบว่าร้อยละ 80.00 เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน³

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำได้หลายวิธี จากสถิติพบว่าผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี ช่วยลดความรุนแรงของโรคและผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว แต่ก็มีโอกาสเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 33.04 ในผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย⁴ การเสริมสร้างความรู้พื้นฐานที่จำเป็น และการฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็น⁵ เนื่องจากการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 9 เท่า⁶ นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดสูง⁷ โรคอ้วนไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ โรคเบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้หลอดเลือดแข็ง และเปราะ ลิ่มเลือดรวมทั้งไขมันจึงไปเกาะผนังด้านในของหลอดเลือด จนเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ⁸ จะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เป็นหลักสำคัญในการป้องกันการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ดังผลการศึกษาคำให้การให้โภชนศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการให้โภชนศึกษามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร⁹

โรงพยาบาลบ้านโป่ง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษา ในปีพ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 644, 495 และ 504 ราย ตามลำดับ¹⁰ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะที่รุนแรง คือการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ ไม่มีการควบคุมปริมาณ และชนิดของอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรคนหนึ่ง ในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงสนใจประยุกต์ใช้แนวทางการให้โภชนศึกษา⁹ มาใช้ในการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมโภชนบำบัดต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการให้โภชนบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต้องตามภาวะของโรค รวมทั้ง การควบคุมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ (คลินิกหัวใจเดียวกัน) โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมโภชนบำบัด ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

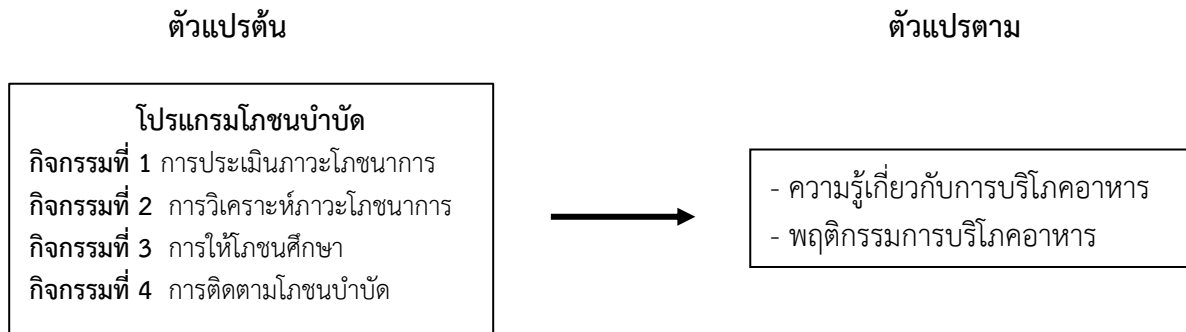
ขอบเขตด้านเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวทางการให้โภชนศึกษา⁹ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะโภชนาการ 2) การวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ 3) การให้โภชนศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้ การกำหนดปริมาณพลังงาน การนับจำนวนคาร์โบไฮเดรตโดยใช้โมเดลและภาพอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ การวางแผนรับประทานอาหารด้วยวิธี Plate

method การเลือกอาหาร การกำหนดอาหารเป็นรายบุคคล และ 4) การติดตามโภชนาการ โดยการแจกสมุดเพื่อบันทึกการบริโภค ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 504 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดของตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) กำหนด effect size 0.80 ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน เนื่องจากการทดลองใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20.00 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ตามลำดับการรับบริการตรวจรักษาเลขคู่มือจำนวนที่กำหนด โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการจัดกิจกรรมจำนวน 4 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะโภชนาการ 2) การวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ 3) การให้โภชนาการ และ 4) ติดตามโภชนาการและในสัปดาห์ที่ 4 ประเมินภาวะสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก โรคแทรกซ้อน/โรคร่วม ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ยาที่รับประทานประจำ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบถูก - ผิด เกณฑ์การแปลความหมาย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ความรู้ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 6.66 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.67 – 13.33 และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 13.34 – 20.00

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามของพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด¹² จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมกับโรค มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ (1, 4, 7, 8, 11, 12) และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 11 ข้อ (2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, และ 17) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดชนิดลิเคิร์ต (likert type scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 17.00 – 39.67) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.68 – 62.34) และระดับมาก (ร้อยละ 62.35 – 85.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมโภชนบำบัด และเครื่องมือวิจัย ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรศาสตร์ แพทย์โรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน โดยมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของคู่มือการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด เท่ากับ 1.00 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เท่ากับ .91 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ .83 และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยใช้วิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) เท่ากับ .76

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาล บ้านโป่ง ตามหนังสือรับรอง REC 005/2566E ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2566 หมดอายุ 31 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรับบริการที่พึงได้รับตามมาตรฐานการบริการ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 เมื่อผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ตามนัดหมาย โดยมีลำดับในการรับบริการตรวจรักษาเลขคู่ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและข้อมูล que ผู้ป่วยควรทราบ เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ โดยมีญาติผู้ป่วยอยู่เป็นเพื่อน ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมโภชนบำบัด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะโภชนาการ ใช้ระยะเวลา 10 นาที โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ผู้วิจัยวัดเส้นรอบเอว เส้นรอบวงสะโพก พร้อมบันทึกลงแบบบันทึกพร้อมกับประเมินผลภาวะโภชนาการ

กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ ใช้ระยะเวลา 20 นาที ให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกการบริโภคอาหารทั่วไปในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ อาหารที่สมดุลและมีน้ำหนัก อาหารที่มีโซเดียมและอาหารที่มีไขมันและไขมันอิ่มตัว และให้ผู้ผู้ป่วยรับบริการตรวจรักษากับแพทย์ตามลำดับคิวการตรวจ เมื่อตรวจเสร็จ ขณะรอญาติรับยา ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 3

กิจกรรมที่ 3 การให้โภชนศึกษา ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความรู้และพฤติกรรมเป็นรายบุคคล มาประกอบในการให้ความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดปริมาณพลังงานและการนับจำนวนคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยใช้ food model อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ การอ่านฉลากโภชนาการ การรับประทานอาหารด้วยวิธี plate method จานอาหารสุขภาพครบ 5 หมู่ และแจกแผ่นพับ พร้อมคิวอาร์โค้ดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติ ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์หรือทางเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อโทรติดต่อสื่อสารให้คำปรึกษา

กิจกรรมที่ 4 การติดตามโภชนาการ โดยผู้วิจัยติดตามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยติดต่อผ่านโทรศัพท์หรือทางสื่อออนไลน์ (line application พร้อมนัดหมายวันเวลาสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว เส้นรอบวงสะโพก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลอาหารที่บริโภค วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลัง การทดลอง โดยใช้สถิติ paired t - test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 62.53 (SD = 12.87) สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.33 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 40.00 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 40.00 มีโรคแทรกซ้อน/โรคร่วม ร้อยละ 66.67 ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 – 5 ปี ร้อยละ 46.67 มียาที่รับประทานประจำ ร้อยละ 100.00 การออกกำลังกาย 3 - 5 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 56.67 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 60.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	18	60.00
	หญิง	12	40.00
อายุ (ปี)	≤40	1	3.34
	41 – 50	4	13.33
	51 – 60	9	30.00
	61 – 70	9	30.00
	71 – 80	4	13.33
	≥81 ปีขึ้นไป	3	10.00

6(11)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
$\bar{X}$ = 62.53 ปี, SD = 12.87, min = 34 ปี, max = 89 ปี			
สถานภาพสมรส	โสด	7	23.33
	สมรส	20	66.67
	หย่า/หม้าย	3	10.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	2	6.67
	มัธยมศึกษา	15	50.00
	ปวช.	10	33.33
อาชีพ	ปริญญาตรี	3	10.00
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	63.33
	รับจ้าง	6	20.00
	ค้าขาย	4	13.33
	เกษตรกรรม	1	3.34
รายได้ต่อเดือน (บาท)	≤3,000	12	40.00
	3,001 – 8,000	8	26.67
	8,001 – 13,000	5	16.66
	13,001 – 18,000	2	6.67
	>18,000	3	10.00
$\bar{X}$ = 2,200 บาท, SD = 1.32, min = 2,800 บาท, max = 25,000 บาท			
ผู้ดูแลหลัก	ไม่มี	5	16.67
	คู่สมรส	12	40.00
	บุตร	10	33.33
โรคแทรกซ้อน/โรคร่วม	หลาน	3	10.00
	ไม่มี	10	33.33
	มี	20	66.67
ระยะเวลาการป่วย (ปี)	<1	9	30.00
	1-5	14	46.67
	6-10	7	23.33
ยาที่รับประทานประจำ		30	100.00
การออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย	12	40.00
	1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์	3	10.00
	3 – 5 ครั้ง/สัปดาห์	15	50.00
การดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	17	56.70
	เลิกแล้ว	12	40.00
	ดื่ม	1	3.30
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	18	60.00
	เลิกแล้ว	11	36.70
	สูบ	1	3.30

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.52, p < 0.000$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($t = 15.91, p < 0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด ($n=30$)

เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย	ก่อนทดลอง		ระดับ	หลังทดลอง		ระดับ	t	p - value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
ความรู้	13.80	1.49	ปานกลาง	19.50	0.63	สูง	19.25	0.000*
พฤติกรรม	36.67	9.15	น้อย	64.17	2.90	มาก	15.91	0.000*

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมโภชนบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมโภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการให้โภชนศึกษา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดำเนินงานที่ช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร สารอาหาร ประเภทของอาหาร การเลือกบริโภคอาหาร จากแนวคิดเหล่านี้ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนการกระทำในการเลือกซื้อ การปรุง สุนิษัยในการรับประทานอาหาร เป็นอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรคและหลีกเลี่ยงได้ถูกต้อง โดยผู้วิจัยนำมาปรับเป็นโปรแกรมโภชนบำบัดตามสภาพการณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว เส้นรอบวงสะโพก นำมาวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ พร้อมการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยรายบุคคล และให้โภชนศึกษา เป็นความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดปริมาณพลังงานและการนับจำนวนคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยให้ผู้ป่วยเห็นสภาพจริง มีการใช้ food model อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ พร้อมแจกแผ่นพับ ที่มีคิวอาร์โค้ด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่องที่บ้าน และมีการติดตามต่อเนื่องทางสื่อออนไลน์ application กิจกรรมตามโปรแกรมโภชนบำบัดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีกิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารผ่านวิดีโอ โดยการบรรยายความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เรื่องการเลือกอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารสำเร็จรูป รับประทานอาหารให้เหมาะสม และการอ่านฉลากโภชนาการ มีการสาธิตการจัดอาหารที่เหมาะสม ฝึกปฏิบัติการจัดอาหารที่เหมาะสม ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง สูงขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁵ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า หลังการให้โภชน

8(11)

ศึกษา ผู้ป่วยมีความรู้มากกว่าก่อนให้โภชนศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังให้โภชนศึกษา เท่ากับ 18.75 ($SD = 0.55$)¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้โภชนศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้โภชนศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดปริมาณพลังงานและการนับจำนวนคาร์โบไฮเดรตโดยใช้โมเดลและภาพอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ การวางแผนรับประทานอาหารด้วยวิธี plate method การเลือกอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ และอาหารที่มีไฟเบอร์สูง การกำหนดอาหารเป็นรายบุคคล การแจกสมุดเพื่อบันทึกการบริโภคอาหารแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นติดตามปัญหาและอุปสรรคทุก 2 สัปดาห์ ติดตามการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไปทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และเจตคติเรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.00 และ 92.85 ตามลำดับ⁹

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้บำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดปริมาณพลังงานและการนับจำนวนคาร์โบไฮเดรตที่ผู้ป่วยควรได้รับ การอ่านฉลากโภชนาการ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้แผนพับ และคิวอาร์โค้ดที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน สามารถอ่านทบทวนและให้บุคคลในครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจ ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้โปรแกรมโภชนบำบัดเป็นโปรแกรมที่ให้คำปรึกษารายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยกล้าซักถามและได้รับรู้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการสนับสนุนด้านการปฏิบัติตัวด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเครื่องมือและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก ประเทศไทย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁵ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลของการศึกษาการให้โภชนศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องรายการอาหารแลกเปลี่ยน การกำหนดปริมาณพลังงานและการนับจำนวนคาร์โบไฮเดรตโดยใช้โมเดลและภาพอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ การวางแผนรับประทานอาหารด้วยวิธี plate method การเลือกอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำและอาหารที่มีไฟเบอร์สูง การกำหนดอาหารเป็นรายบุคคล การแจกสมุดเพื่อบันทึกการบริโภคอาหารแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นติดตามปัญหาและอุปสรรคทุก 2 สัปดาห์และติดตามการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไปทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 4 เดือน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพทั่วไปเพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นในทางตรงข้าม ค่า HbA1c, FBS และ BMI มีแนวโน้มลดลง⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลใช้โปรแกรมโภชนบำบัดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง

2. ควรมีการติดตามผลการใช้โปรแกรมโภชนบำบัดที่มีระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น การติดตามทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรมโภชนบำบัดในตัวแปรอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการใช้โปรแกรมโภชนบำบัด

2. ควรประยุกต์โปรแกรมโภชนบำบัดให้ครอบคลุม โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุ นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

1. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, อณัญญา ลาลุน, ธรรณิษฐ์ คุณแขวน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564;39(2):97-106.
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases overview [online]. 2018 [cited 2023 April 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/doe/forecast_detail.php?publish=9634&deptcode=doe.
4. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Bureau of Non communicable Disease. Annual Report 2015. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Press; 2016.
5. ยุภาณี แท้มเรืองอิทธิ, มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, สุปรียา ต้นสกุล, นิรัตน์ อิมามิ, ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก ประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42(5):53-61.
6. Enas A. Lipoprotein: An independent, genetic, and causal factor for cardiovascular disease and acute myocardial infarction. Indian Heart J 2019;71(3):99-112.
7. วชิรินทร์ คำสา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จังหวัดตาก [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
8. พิทยา ธรรมวงศา, วงศา เล้าหศิริวงศ์. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ 2561;34(3):119-136.
9. ปฐมาวดี ทองแก้ว, นาเดีย สาและ, อัคริมา แวฮามะ. ผลของการให้โภชนศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเจาะไอร้อง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2565;7(1):38-47.

10. รายงานสถิติ ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจ 2565. โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. เอกสารไม่ตีพิมพ์.
11. Bloom BS. Taxonomy of Education Objective, Handbook I: Cognitive. Domain. New York: David Mckay; 1976.
12. วชิราภรณ์ สุนวงศ์, อภรณ์ ดินาน, สมสมัย รัตนกริฑากุล, สงวน ธาณี, ชัชวาล วัฒนกุล. การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ระยะที่ 1) [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
13. จิตติพร วิจิตธงไชย, สุวลี โลวีรกรรม. ผลของโภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28(2):220-228.

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

The risk management model in postpartum hemorrhage patients
Health Promotion Hospital Health Center Region 5 Ratchaburi

อมรศรี พังเครือ*

Amonsri Pungkrue*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Health Promotion Hospital Health Center Region 5 Ratchaburi

Corresponding author: Amonsri Pungkrue; Email: amonsri.p@gmail.com

Received: May 7, 2024; Revised: June 24, 2024; Accepted: June 24, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และตึกหลังคลอด จำนวน 29 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอด) จากข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของโรงพยาบาล 2) แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติสำหรับป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกเริ่มและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด ภายหลังการใช้รูปแบบพบ 1) อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง เหลือร้อยละ 1.59 2) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 3) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (SD = 0.41)

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด, การบริหารความเสี่ยง

Abstract

This project was descriptive research that was aimed to study the risks management of postpartum complications. Participants are 29 midwives of Labor Room and Recover Room. It was purposive selection. Data collections-tools consisted of 1.) Data recorder form of general health information (postpartum hemorrhage). In this research, the data from electronic medical record and medical record form the hospital. 2.) Health recorder of postpartum mom. 3.) Satisfaction questionnaires about nursing care methods to prevent and to solve postpartum hemorrhage. Content Validity was managed by 3 specialists, with an Index of Content Validity (IOC) between .67-1.0, and a confidence level of .95. Data analysis methods by using descriptive statistics and paired t-tests.

The research found that the risks managements of hemorrhage parturient consist of 1) Screening the risks when the first admit to the hospital and nursing methods to prevent and to solve postpartum hemorrhage in the first stage. 2) Nursing cares are divided into 4 stages: the slow opening of your cervix, the birth of your baby, the separation and birth of the placenta, and the first two hours after the birth. 3) Nursing care methods to prevent and solve hemorrhage were effective for: 1) reduced postpartum hemorrhage to 1.59 %. 2) it didn't find the shock state of hemorrhage. 3) The satisfaction of the midwives with the nursing care method of the preventive action of early postpartum in the high level by the average 2.79 % (SD = 0.41).

Keyword: postpartum hemorrhage, risk management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การหลักทางสูติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำนิยามของการตกเลือดหลังคลอด ในปี ค.ศ. 2017 หมายถึง การเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังการคลอด หรือการเสียเลือดจนทำให้เกิดอาการ หรืออาการแสดงของสารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอ¹ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ ยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักเกี่ยวกับเกณฑ์ปริมาณเลือดที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ซึ่งจะมีอาการที่ชัดเจนของการเสียเลือด เช่น ชีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ กระสับกระส่าย แสดงว่ามี การเสียเลือดในปริมาณมากและต้องได้รับแก้ไขให้ทันท่วงที

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุ มารดาตาย² จากสถิติของกรมอนามัยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 20.29, 34.68 และ 25.36 ตามลำดับ³ เช่นเดียวกับข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 5 ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 25.20, 37.35, และ 26.86 ต่อแสนการเกิด ตามลำดับ เช่นเดียวกับข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการตกเลือด หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 2.29, 1.89 และ 2.75 ตามลำดับ โดยพบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 11.00, 7.00 และ 10.00 ตามลำดับ⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าวการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยง ภาวะตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่แรกรับในห้องคลอด การดูแลในขณะคลอดและหลังคลอด เพื่อลดการเสียเลือด ในระยะคลอด จึงเป็นการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุด⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด อุบัติการณ์การเกิดจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น จากสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอด จำนวน 26 ราย ร้อยละ 0.64 สาเหตุหลักคือ รกหรือเศษรกค้าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดระยะที่ 3 วิธีการคลอดรก ความสมบูรณ์ของรก ความผิดปกติของรก และการใช้ยากระตุ้นมดลูกในระยะคลอด⁶ ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้เป็นอย่างดี จึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีคำแนะนำแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด⁷ และแนวทาง B-BUBBLE⁸ ในการประเมินการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 T's ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด⁹ นอกจากนี้ยังมีการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใช้ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะชดในหญิงตั้งครรภ์ และในระหว่างคลอด โดยการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในรายที่พบความเสี่ยง และมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับการดูแลแบบ active management of third stage of labor (AMTSL)¹ มาปรับใช้ระยะเวลา 7 เดือน พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเพียงร้อยละ 0.25 และไม่พบภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด¹⁰

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัยขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation: HA) การพยาบาลมารดาและทารกต้องมีมาตรฐานและคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกโดยเฉพาะความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ซึ่งได้กำหนดอัตราการตกเลือดหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) จำนวน 28 ราย ระหว่างพักรักษาในตึกหลังคลอด มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 3 ราย เกิดภาวะช็อก จำนวน 1 ราย จากการหาสาเหตุพบว่าการพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีการดูแลและปฏิบัติเช่นเดียวกันทุกราย แต่ขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่ต้องเฝ้าระวัง การดูแลตามระดับความเสี่ยงและการประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่ครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลเป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ยังขาดทักษะ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการดูแล ป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างแท้จริง จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกยังคงอยู่ และเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข ป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สิน แก่ผู้คลอด เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการในการพัฒนาระบบงานบริหารความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่าง ๆ มาใช้ โดยองค์กรต้องมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการรวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย¹¹ และจากการจัดลำดับความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นความเสี่ยงสำคัญอันดับ 1 ของโรงพยาบาล เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้คลอด ที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตและสุขภาพ เช่น เกิดภาวะช็อก ไตวาย ต้องผ่าตัดมดลูก เสียชีวิตหรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย³⁽¹⁶⁾

ในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าจึงมีการปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง แต่ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเกิดขึ้น และเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน ที่ดูแลห้องคลอด ห้องผ่าตัด หอทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยใน เห็นความสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดกับผู้คลอด จึงได้พัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้คลอดที่มีคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อแก้ไขและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดมารดาตกเลือดหลังคลอด ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด โดยมีการรวบรวมข้อมูล อุบัติการณ์ สาเหตุจากเวชระเบียนผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาล ได้ดำเนินการปรับปรุงแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งกำหนดแนวทางในการดูแลผู้คลอดแต่ละระยะ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยง ได้มีการนำมาใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยมีการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยง ซึ่งช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้¹⁰ ส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ และยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาภาวะการตกเลือดหลังคลอด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 29 คน
ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ตัวแปรตาม ได้แก่ อัตราการตกเลือดภายในระยะแรกหลังคลอด อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดภายในระยะแรกหลังคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ

ขอบเขตด้านเวลา เก็บข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA model¹² เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ดังแสดงในภาพที่ 1

การพัฒนาแบบบริหารความเสี่ยงตาม IOWA model ประกอบด้วย
ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์ภาวะการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1.1) การกำหนดปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้น และ 1.2) การตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 2.1) สืบค้นแนวปฏิบัติและการวิจัย และ 2.2) สร้างรูปแบบบริหารความเสี่ยง ร่วมกับสหวิชาชีพ
ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล



1. อัตราการตกเลือดภายในระยะแรกหลังคลอด
2. อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดภายในระยะแรกหลังคลอด
3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) โดยใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด IOWA model¹² ดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์ภาวะการตกเลือดหลังคลอด โดยร่วมกันหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ แบ่งเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม

วิธีที่ 1 ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด ย้อนหลังจากเวชระเบียน ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีผู้คลอดที่มีตกเลือดจากการคลอด จำนวน 28 ฉบับ

วิธีที่ 2 การสนทนากลุ่มตามแนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 29 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 6 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี บันทึกข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอด) ของผู้คลอด จำนวน 28 ฉบับ

2. แนวทางสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อค้นหาสาเหตุ ความเสี่ยง การวางแผนป้องกัน และการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทบทวนแนวทางการดูแล แก้ไขภาวะการตกเลือดหลังคลอดในแต่ละระยะ 2) สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในแต่ละระยะ 3) แนวทางการดูแล ป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดแต่ละระยะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุ ความเสี่ยง การวางแผนป้องกัน และการแก้ไขปัญหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการจบสาขาการพยาบาลเฉพาะทางการผดุงครรภ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0 หลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้แก้ไขและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 โดยรวบรวมอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการนำข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอด นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร และเสียเลือดปริมาณมากกว่า 1000 มิลลิลิตรในกรณีที่ผ่าตัดคลอด) และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดที่เกิดภาวะช็อก ถูกตัดมดลูก ได้เลือดทันท่วงที หรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด)

2. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจาก ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 6 คน ตามแนวทางสนทนากลุ่ม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง ฯ โดยผู้วิจัยและทีมได้นำผลสรุปในระยะที่ 1 ร่วมกับสืบค้นแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลตึกหลังคลอด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จำนวน 39 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลตึกหลังคลอด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จำนวน 6 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวปฏิบัติเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T's²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันทบทวนแนวปฏิบัติเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T's²

2. ปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบและบริบทของการดูแลผู้คลอด มาพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง หลังจากนั้นนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล เป็นการนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดไปปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพเพศหญิงและชาย ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 9 คน และปฏิบัติงานในตึกหลังคลอด จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 29 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงแรกรับ และแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) การดูแลผู้ป่วยในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด

1.2 คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ของงานห้องคลอด และคู่มือการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแก่ผู้คลอด

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในจากโปรแกรม HOSxP บันทึกข้อมูลรายบุคคลของผู้คลอด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง ข้อมูลการคลอดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้นโยบายสำหรับการป้องกัน และแก้ไข ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ตึกหลังคลอด ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับน้อย ระดับปานกลาง และความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสุนัขศาสตร์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา เท่ากับ .67-1.00 นำไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 10 คน จากนั้นนำมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) คำนวณโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบ ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 เอกสารรับรองเลขที่ 4/2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และป้องกัน ผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้บริหารโรงพยาบาลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ หยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแลในเวทีการประชุมทีมนำสู่กิจกรรม (PCT สูติกรรม) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา และการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดหลังใช้รูปแบบ การบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการ ดึงข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 แล้วนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และสัดส่วน ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ อาชีพ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอดทางช่องคลอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. อัตราผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และอัตราผู้คลอดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยง ฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาภาวะการตกเลือดหลังคลอด

โดยการวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 28 ราย พบว่ามารดา มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 10.71 มีภาวะช็อก ร้อยละ 3.57 และจากการสนทนากลุ่ม พบว่าการพยาบาล ผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดมีการดูแลและปฏิบัติเช่นเดียวกันทุกราย แต่พบว่าขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่ต้องเฝ้าระวัง การดูแลตามระดับความเสี่ยงและการประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับ รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลเป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ยังขาดทักษะ ประสิทธิภาพ และความเชี่ยวชาญ ในการดูแล ป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยปรับปรุงพัฒนาร่วมกันของทีม PCT สุนทรกรรม ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางผดุงครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และตึกหลังคลอด พัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบ่งเป็นการประเมิน 2 ระยะ ดังนี้

1) ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับ (admission hemorrhage risk factor) โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอดและการตรวจร่างกายแรกรับและรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้แก่ ไม่มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ครรภ์แรก ประวัติคลอดทางช่องคลอด ไม่เกิน 4 ครั้ง ไม่มีประวัติเลือดหยุดยาก ไม่มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน

1.2 กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูก ประวัติคลอดทางช่องคลอด เกิน 4 ครั้ง มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ เคยตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน มีเนื้องอกมดลูกชนิด intramural ขนาด ≥ 5 ซม. ขึ้นไป ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์มากกว่า 4 กิโลกรัม ผู้คลอดอ้วนมี BMI มากกว่า 30

1.3 กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ มีภาวะความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30% และมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย มีเลือดสดออกทางช่องคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีความเสี่ยงปานกลาง 2 ข้อ

2) ประเมินความเสี่ยงระหว่างการคลอด (risk factor in labor) และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน ได้แก่

2.1 การคลอดในระยะที่ 2 ยาวนาน คือ ระยะที่ 2 ของการคลอดมากกว่า 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และมากกว่า 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง

2.2 การให้ออกซิโทซินยาวนาน คือ ระยะเวลาการให้ออกซิโทซินมากกว่า 12 ชั่วโมง

2.3 มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ

2.4 ผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต

การแปลผล หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ หลังจากนั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด 1 ข้อ ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางแล้วหลังจากนั้นมีความเสี่ยงระหว่างการคลอดเพิ่มเติม ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำแล้วหลังจากนั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด ≥ 2 ข้อ ให้จัดผู้คลอด เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

2.2 แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

2.2.1 ระยะรอคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) แกรับ คัดกรองความเสี่ยงประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรก (admission hemorrhage risk) ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอดและการตรวจร่างกายแรกพบ และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง เพื่อให้การช่วยเหลือตั้งแต่ต้น โดยถ้าเป็นภาวะฉุกเฉินต้องผ่าตัดก็เตรียมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเตรียมจองเลือดในรายที่ต้องผ่าตัดทุกราย เจาะ Hct stat ในวันแรกที่ admit ที่ห้องคลอดถ้าพบ Hct < 33% รายงานแพทย์

2) เตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกรายคลอดตั้งแต่ระยะ active โดยให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดในรูป isotonic fluid และเก็บ clot Blood ทุกๆ 1 ชั่วโมงเพื่อเตรียมพร้อมในการผ่าตัดและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

3) สอนและสาธิตการคลึงมดลูกให้แก่ผู้คลอด ในระยะ latent phase และให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับ เพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอดในการคลึงมดลูกได้ด้วยตนเอง

4) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph และลงบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดให้ถูกต้อง ชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงมดลูกอ่อนล้าหลังคลอด (uterine atony) จากการคลอดยาวนาน

5) ให้มารดาปัสสาวะก่อนคลอด เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี ลดการขัดขวางการคลอด

2.2.2 ระยะคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) การจัดท่าเบ่งคลอด lithotomy ให้ศีรษะสูง การเบ่งคลอด แนะนำให้สูดหายใจเข้าลึก ๆ ให้เต็มปอด ในเวลาที่เริ่มรู้สึกท้องเริ่มแข็งตัว และกลั้นไว้จนรู้สึกท้องแข็งเต็มที่ ออกแรงเบ่งลงสู่ส่วนล่างให้เต็มแรงจนรู้สึกว่าจะไม่สามารถกลั้นลมหายใจได้อีก ใช้มือ 2 ข้างจับข้างเตียง ยกศีรษะและงอตัวจนคางชิดหน้าอก เวลาเบ่ง

ไม่ออกเสียง พักในระยะมดลูกคลายตัว และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยเพลีย และภาวะขาดน้ำขณะเบ่งคลอด

2) การประเมินการหดตัวของมดลูก มดลูกจะหดตัวทุก 2-3 นาที และระยะการหดตัวประมาณ 40-45 วินาที ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก

3) การประเมินระยะเวลาการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิด 10 ซม. แนะนำให้เบ่งคลอด แต่ถ้าภายใน 30 นาที ยังไม่คลอดทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง ให้ประเมินการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก และรายงานแพทย์ทราบภายในเวลา 1 ชม. เพื่อพิจารณาช่วยเหลือการคลอดต่อไป

4) การตัดแผลฝีเย็บเมื่อเห็นฝีเย็บโป่งตึง ปากช่องคลอดมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร และควรตัดในรายที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณปากช่องคลอดถูกตัดน้อยที่สุดลดการสูญเสียเลือด

5) การทำคลอดศีรษะทารกโดยใช้มือกดท้ายทอยให้ก้มแล้วเงยขึ้นอย่างช้าๆ เพื่อไม่ให้ศีรษะทารกคลอดผ่านช่องคลอดเร็วเกินไป และทำการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ ไม่ให้ผู้คลอดเบ่งในขณะที่ทำคลอดไหล่ เพื่อลดการสูญเสียเลือด

6) การบริหารยา Syntocinon โดยหลังไหล่หน้าทารกคลอดให้ฉีดยา Syntocinon 10 unit IM และหลังทารกคลอด add Syntocinon 20 unit IV drip (IV > 500 ml) เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ลดอุบัติเหตุและปัญหาจากการหดตัวไม่ดีหลังคลอด ช่วยให้มีมดลูกหดตัวดีขึ้น

2.2.3 ระยะคลอดรก มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) การใช้ถุงตวงเลือดเพื่อคำนวณจำนวนเลือดที่สูญเสียไปได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ภายหลังทารกคลอดแล้ว ใช้ถุงตวงเลือดบูโดยสอดมือทั้งสองข้างเข้าไปในช่องที่ปากถุง สอดปากถุงไปได้ก้นของผู้คลอด โดยให้ผู้คลอดยกกันขึ้น สอดถุงตวงเลือดเข้าไปใต้ก้นจนถึงบริเวณเอว

2) การสวนปัสสาวะก่อนทำคลอดรก (ในรายที่กระเพาะปัสสาวะเต็ม) เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี รกลอกตัวได้ดีตามมา

3) การทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction เพื่อให้รกลอกตัวและหลุดออกทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น เป็นการลดการสูญเสียเลือด โดยการรอให้มดลูกหดตัวอย่างแรงแล้วใช้มือข้างหนึ่งดึงสายสะดือเบา ๆ ขณะที่มืออีกข้างหนึ่งกดอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า เป็นการ control traction เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น ผลักส่วนล่างของมดลูกที่อยู่บริเวณเหนือกระดูกหัวเหน่าขึ้นไปทางศีรษะมารดา พร้อมดึงสายสะดือลงเบา ๆ ถ้ารกไม่เคลื่อนต่ำลงให้หยุดดึง แล้วรวมมดลูกหดตัวครั้งต่อไป จึงเริ่มทำคลอดรกใหม่ไปเรื่อย ๆ จนรกลอกตัวออกมาได้

4) การคลึงมดลูกทันทีหลังรกลอดนาน 60 วินาที และทำต่อเนื่องทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง โดยใช้มือข้างที่ถนัด (นิ้วชี้ กลาง นาง ก้อย) วางลงบนมดลูกแล้วคลึงวนไปทางเดียวกัน เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัว

5) การตรวจความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มเด็ก หากสงสัยมีเศษรกค้างให้รายงานแพทย์เพื่อทำการอัลตราซาวด์ ขูดมดลูกหรือให้การรักษารักษาอื่น ๆ ต่อไป

6) การตรวจสอบช่องทางคลอด แผลฝีเย็บ hematoma และไล่ก้อนเลือดออกจากโพรงมดลูก

7) การรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมถ้ามีการเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี

8) การตรวจการหดตัวของมดลูก ถ้าตรวจพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีให้ Methergin 0.2 mg. IM โดยก่อนให้ยาต้องตรวจสอบว่าผู้คลอดไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคอื่น ๆ อันเป็นข้อห้ามในการให้ยา

9) ในระหว่างการเย็บแผลฝีเย็บ (กรณีที่มีแผลฝีเย็บ) ให้ตรวจสอบระดับเลือดใน ถุงตวง เลือดและการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที หากมารดาเสียเลือดมากกว่า 300 มิลลิลิตรให้รายงานแพทย์ หากไม่มี อาการผิดปกติหลังจากเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ให้ดูปริมาณเลือดจากสเกลของถุงตวงเลือด และบันทึกปริมาณเลือดที่ออก

2.2.4 ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีแนวปฏิบัติดังนี้

- 1) จัดให้อยู่ในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
- 2) วัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังคลอดทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาทีใน ชั่วโมงที่สอง
- 3) ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูก และเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 1 ชั่วโมง
- 4) ตรวจสอบลักษณะปฏิกิริยาของกระเพาะปัสสาวะ ถ้าพบปฏิกิริยาหรือผู้คลอดปวดปัสสาวะ แนะนำให้ปัสสาวะเองที่เตียง แต่หากปัสสาวะเองไม่ออกให้พยาบาลสวนปัสสาวะทิ้ง พร้อมทั้งบันทึกปริมาณปัสสาวะ หรือแนะนำให้ปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด
- 5) ดูแลให้คลั่งมดลูกทุก 15 นาที นาน 60 วินาที เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
- 6) ประเมินแผลฝีเย็บที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าพบปัญหาให้ทำการแก้ไข
- 7) ให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ โดยใช้การใช้เทคนิคการสร้างความรู้สุขภาพ (Health Literacy)
- 8) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการดูแล เช่น หลังคลอด ปกติ หลังคลอดมีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน
- 9) บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลความเสี่ยง ของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอด
- 10) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตักหลังคลอดเช่น ปริมาณการเสียเลือด ยาที่ได้รับ ภาวะเสี่ยง สัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก

2.3 แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตักหลังคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1.) การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในระดับปานกลาง เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอด และพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในระดับปานกลาง (moderate risk) ควรให้การดูแลโดยติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกอย่างใกล้ชิด ดังนี้

- 1.1 วัดสัญญาณชีพประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยดมดลูกทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอดหรือห้องผ่าตัด
- 1.2 สังเกตเลือดออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ชั่งผ้าอนามัย และบันทึกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบความผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 1.3 ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยด 100-120 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด
- 1.4 ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นมารดาปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง
- 1.5 นำอาหารมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมแม่เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

11(16)

- 1.6 ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 2) การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอด และพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (high risk) พยาบาลต้องให้การดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้ทันที ดังนี้
 - 2.1 จัดให้มารดาอยู่ที่เตียงใกล้กับแคนเตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด
 - 2.2 ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด
 - 2.3 ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอ دمดลูกทุก 15 นาที
 - 2.4 ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็ม และกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้าย หากพบว่ามีการกระเพาะปัสสาวะเต็ม และมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการปัสสาวะทิ้ง
 - 2.5 ให้สารน้ำที่มีอัตราการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตรา 120 - 140 ml/hr.
 - 2.6 หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกของการเสียเลือด (hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์ ตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที
 - 2.7 หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน mask with bag 8-10 ลิตรต่อนาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมองใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic อีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจองเลือด pack red cells 2 ยูนิต
 - 2.8 ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บ หรือสาเหตุอื่น ๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป

3. การทดลองใช้รูปแบบการทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล

หลังจากมีการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เพิ่มแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2565 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

ติกหลังคลอด

3.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่าผู้คลอดมีอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 33.16 ส่วนใหญ่สัญชาติไทย ร้อยละ 93.95 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 43.92 มีประวัติซีดไม่ได้รับเลือดก่อนคลอด ร้อยละ 4.96 และเคยมีประวัติซีดได้รับเลือดก่อนคลอด ร้อยละ 0.19 เคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.23 มีภาวะอ้วน (BMI > 30) ร้อยละ 19.16 เคยผ่าตัดในระบบสืบพันธุ์ ร้อยละ 21.96 มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.31 รับประทาน $MgSO_4$ ในระหว่างการคลอด ร้อยละ 0.64 รับประทานเร่งคลอด ร้อยละ 32.59 เคยรับประทาน Bricanyl ก่อนคลอด ร้อยละ 0.64 และมีภาวะรกเกาะต่ำ ร้อยละ 4.46

3.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ของผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 49.97 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้คลอดจำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (n=1,571)

ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	785	49.97
ระดับปานกลาง	505	32.15
ระดับสูง	281	17.88

ห้องคลอด

3.3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน พบว่ามีผู้คลอดทั้งหมด 1,571 คน มีการคลอดโดยวิธีผ่าคลอด ร้อยละ 62.69 คลอดปกติ ร้อยละ 34.81 คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 2.36 ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอด ระยะเวลาของการคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกระยะ ร้อยละ 98.97 ทุกระยะรวมน้อยกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 0.17 ระยะที่ 1 นานกว่าปกติ ร้อยละ 0.17 ผู้คลอดมีทารกน้ำหนักทารกแรกเกิด 3,000-3,499 กรัม ร้อยละ 41.69 ทารกน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม ร้อยละ 0.57 และมารดาคลอดเป็นทารกแฝด ร้อยละ 0.64

3.4 การตกเลือดหลังคลอดและความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังใช้แนวปฏิบัติตามการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า ผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.59 โดยมีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี ร้อยละ 84.00 ภาวะช่องคลอดฉีกขาด ร้อยละ 8.00 และมีภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 8.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้คลอดในห้องคลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอด จำแนกตามสาเหตุ (n=25)

ภาวะแทรกซ้อนตกเลือดหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี	21	84.00
มีภาวะช่องคลอดฉีกขาด	2	8.00
มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ	2	8.00

3.5 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ได้ผลดังนี้

3.5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 44.82 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 65.52 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 34.48 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 93.10

3.5.2 ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.30 โดยมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ และใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 และมีความคิดเห็นว่าสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ ร้อยละ 96.50 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด (n = 29)

ความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยง		
ระดับมาก	23	79.31
ระดับปานกลาง	9	20.79

13(16)

ความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยง		
สามารถในการป้องกันการตกเลือดได้	29	100.00
สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง	29	100.00
สามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ	28	96.55

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกเริ่มและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด ซึ่งรูปแบบ ฯ ที่ได้เป็นการพัฒนาร่วมกันของทีมผู้ดูแลทุกระบวนการ และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ใช้เป็นแนวทางช่วยในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติเน้นการดูแลผู้คลอดเป็นสำคัญ มีความครอบคลุมการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม มีการประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลขณะรอคลอด ขณะคลอด ย้ายไปตึกหลังคลอด จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้คลอดและเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล สอดคล้องกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงาน พิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่เพื่อปรับใช้ให้เป็นแนวทางใหม่ให้เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้รูปแบบที่ได้ ช่วยลดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดได้¹³

2. การประเมินผลลัพธ์ของการตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.59 ซึ่งถือว่าผ่านตัวชี้วัดของโรงพยาบาล (ตัวชี้วัดไม่เกินร้อยละ 2) ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 84.00 โดยในการดูแลผู้คลอดในแต่ละระยะมีการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและแบบประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้คลอด เนื่องจากแนวปฏิบัติแต่ละข้อสามารถนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดได้จริง มีความเข้าใจง่าย และสามารถขั้นตอนในการทำงานของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีพบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง¹⁴ และสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโรงพยาบาลราชบุรีผลการวิจัย พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁵

3. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.30 ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ สามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และ สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุและวิธีแก้ไขปรับปรุง ทุกระบวนการ ทำให้ได้รูปแบบ

14(16)

ที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ส่งผลต่อการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย ลดอัตราอุบัติการณ์การตกเลือดได้ สอดคล้องกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงาน พิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่เพื่อปรับใช้ให้เป็นแนวทางใหม่ให้เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากเป็นแนวทางที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างด้วยตัวเอง เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของผลงาน ดังนั้นจึงให้ความร่วมมือมากขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม คงอยู่เป็นเวลานานสามารถปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และนำผลการศึกษาไปพัฒนางานดูแลผู้ป่วยให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice)
2. นำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการตายมารดา จากสาเหตุภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ โดยเป็นการขับเคลื่อนมาจากนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด หลังคลอดได้รับการอบรม และพัฒนาทักษะการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพื่อสามารถนำกลับมาใช้ในการพัฒนางานให้มากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
3. ควรมีการศึกษาลักษณะระยะยาว เช่น ต้นทุนการรักษา ภาระงานของพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล พยาบาลทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และเอื้ออำนวยในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage Italy: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data World; 2012.
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/9/OB-63020-Prevention-and-PreManagement-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. ระบบฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย 2565 [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th>.

4. หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สถิติการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี 2562-2566.
5. World Health Organization. UNICEF Trend in maternal mortality: 1990 to 2013 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division [online]. 2014 [cited 2023 Jan 16]. Available from: http://appswho.int/bitstream/10665/112682/97892451507226_eng.pdf?ua=1.
6. ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, ดรุณี ยอดรัก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559;9(2):173-190.
7. Einerson BD, Baksh L, Fisher JA, Sullivan A, Clark EAS. Postpartum Hemorrhage Implementing your bundle. University of Utah [online]. 2016 [cited 2023 Jan 16]. Available from: [https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-ldactics/201609.09-postpartum hemorrhage.pdf](https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-ldactics/201609.09-postpartum%20hemorrhage.pdf).
8. Pillitteri A. Maternal & child health nursing Care of the childbearing & childrearing Family (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด:บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี 2560;6(2):146-157.
10. วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์. การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสยาม 2561;19(36):101-102.
11. ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและและสาธารณสุข 2560;3(1):77-87.
12. Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, Rakel B, Steelman V, Tripp-Reimer T, Tucker S. LOWA Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. Worldviews Evid Based Nurs. 2017;14(3):175-182.
13. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไข ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://app.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/22ndngrc-2021/MMO18/MMO18.pdf>
14. เรณู วัฒนเหลียงอรุณ, วันชัย จันทราพิทักษ์, นุชนาด กระจำง, รุ่งทิพย์ อ่อนละอ. ประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2560;13(2):25-42.
15. นววรรณ มณีจันทร์, อุบล แจ่มนาม. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์ 2560;31(1):143-155.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
Effects of self-management program for behavioral control of blood sugar
level in patients with uncontrolled type II diabetes mellitus

จันทร์เพ็ญ สืบบุก*

Janpen Seubbuk*

โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดกาญจนบุรี

*Huai Krachao Hospital, Celebrating His Majesty the King 's 80th birthday, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Janpen Seubbuk; Email: janpenseubbuk@gmail.com

Received: May 7, 2024; Revised: June 10, 2024; Accepted: June 10, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) > 7.00 % จำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research is quasi-experimental research. The purpose of research was to study the effects of self-management program on behavioral control of blood sugar levels and the average cumulative blood sugar level with uncontrolled type II diabetes mellitus. The subjects consisted of 40 patients with uncontrolled type II diabetes mellitus who were diagnosed by a doctor and had hemoglobin A1c $\geq 7\%$, simple random sampling. The research tools include self-management programs, a blood sugar level control behavioral assessment form, and a form for recording the average cumulative blood sugar level (HbA1c). The content was checked for validity by 3 experts with an index of consistency (IOC) of 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of .72. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The research results found that 1) The average value of self-care behavioral of Type II diabetes mellitus after receiving self-management program was higher than before receiving self-management, statistically significant at the 0.05 level. 2) The average cumulative blood sugar level of type II diabetes mellitus after self-management was lower than before self-management program, statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: self-management, behavioral controls of blood sugar levels, type II diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นโดย ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 90.00 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปีพ.ศ. 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 6.70 ล้านคน หรือทุก ๆ 5 วินาที จะเสียชีวิต 1 ราย¹ จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมอยู่ในระบบทะเบียน 3.30 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน² โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.10 ต่อแสนประชากร) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Disease: NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น² โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการดำเนินของโรคทำให้เกิดการเสื่อมของผนังหลอดเลือดและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน ไตเสื่อม ต้อกระจก จอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผลที่เท้า หลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดส่วนปลายตีบ และตาบอด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับภาระเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย และค่าใช้จ่ายจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลซึ่งรวมถึงการสูญเสียรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ ต้นทุนในการรักษาที่สูงขึ้น ถือเป็นภาระของประเทศเฉลี่ย 47,596 ล้านบาทต่อปีและหากรวมงบประมาณค่าใช้จ่าย ในการรักษาโรคร่วม อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ภาครัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยรวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี³

จากฐานข้อมูล Health Data Center [HDC]⁴ ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 40,014, 42,180 และ 44,154 คน

2(14)

ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี คิดเป็นร้อยละ 32.40, 35.13 และ 35.98 ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ 2.29, 2.27 และ 2.37 และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปีพ.ศ. 2564-2566 จำนวน 803, 938 และ 960 คนตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ในปีพ.ศ. 2562-2564 มีอัตราเพิ่มขึ้น 15.37, 24.33 และ 25.13 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² อำเภอห้วยกระเจาเป็นหนึ่งอำเภอในเขตพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี จากรายงานสถิติสุขภาพคนไทย⁵ ในฐานข้อมูล HDC พบความชุกของโรคเบาหวานในอำเภอห้วยกระเจา ร้อยละ 9.57 เป็นอันดับที่สองรองจากอำเภอพนมทวน ที่พบมากที่สุด ร้อยละ 10.53 และจากสถิติผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในปีพ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 1,618, 1,362 และ 1,570 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 30, 40 และ 42 รายตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) < 7.00 % คิดเป็นร้อยละ 25.40, 40.01 และ 44.90 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ในปีพ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 19.46 มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 9.93 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 20.91 ภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 2.33 ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.12 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 2.98 และพบอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำและนอนในโรงพยาบาล ร้อยละ 4.69 โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาล คือ ภาวะ hypo-hyperglycemia ร้อยละ 2.714

จากการรวบรวมข้อมูลในคลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา โดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย พบผู้ป่วยควบคุมเบาหวาน ไม่ได้ FBS >180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดต่อกันสองครั้ง หรือ HbA1c >10 % ซึ่งแพทย์ประจำคลินิก จะส่งพบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานให้ดำเนินการจัดการรายกรณี ตามปัญหาที่พบ ส่งพบนักโภชนาการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร และเภสัชกรสอนการใช้อุปกรณ์แบบแนวทางให้ความรู้แตกต่างกัน แต่การดำเนินที่ผ่านมา ยังพบว่าขาดการติดตามประเมินผลพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีเพียงติดตามการประเมินผลที่คลินิก เพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานไม่ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนี้ ด้านพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า พบว่าผู้ป่วยรับประทานข้าวในปริมาณมากเพื่อให้มีแรงในการทำงาน ร้อยละ 30.00 ต้มเครื่องต้มตุ๋นกำลัง เช่น คาราบาว กะทิแดง เป็นประจำ ร้อยละ 10.00 ต้มกาแฟสำเร็จรูป หรื อินวัน ตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 15.00 ต้มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ เช่น กาแฟเย็น ชาเย็น น้ำอัดลม ร้อยละ 20.00 รับประทานอาหารจำพวกผักมีหัวโดยไม่ทราบว่าเป็นสารอาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาล เช่น เผือก มันเทศ ฟักทอง ร้อยละ 15.00 และรับประทานขนมหวาน ร้อยละ 10.00 ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย พบว่าไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จนเหงื่อออก เช่น ทำงานบ้าน ทำนา ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 40.00 นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีปัญหาด้านการรับประทานยา ร้อยละ 30.00 ผู้ป่วยหยุดรับประทานเองเมื่ออาการดี ร้อยละ 10.00 ปรับขนาดยาเอง ร้อยละ 10.00 และลืมรับประทานยา ร้อยละ 10.00 ซึ่งหากผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลเช่นนี้ต่อไป จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาเป็นลำดับ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศโดยมีเป้าหมายในการศึกษา คือ ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง⁶ เช่น การ

3(14)

จัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะมีความรู้ที่น้อยที่สุดด้านการรับประทานอาหาร⁷ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการรับประทานยา⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ เช่นเดียวกับผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน พบว่ากลุ่มที่ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านพบว่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านอาหารกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ รวมทั้งผลของโปรแกรมการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดอินซูลินกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² และผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังทดลองค่าเฉลี่ยรายด้านของความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น¹³

จากสถานการณ์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ สาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมอาหาร การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ขาดการประเมินผลลัพธ์การดูแลตนเอง และยังพบว่าความรู้ที่ได้รับผู้ป่วยไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้เนื่องจากเนื้อหาที่ได้รับค่อนข้างมีความเป็นวิชาการมากเกินไป รวมทั้งเป็นการให้ความรู้โดยรวม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้ตรงตามปัญหาของตน นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การนำทฤษฎีการจัดการตนเองสามารถใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ได้เห็นความสำคัญ จึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์⁶ มาประยุกต์สร้างโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c > 7.00 % ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จำนวน 40 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

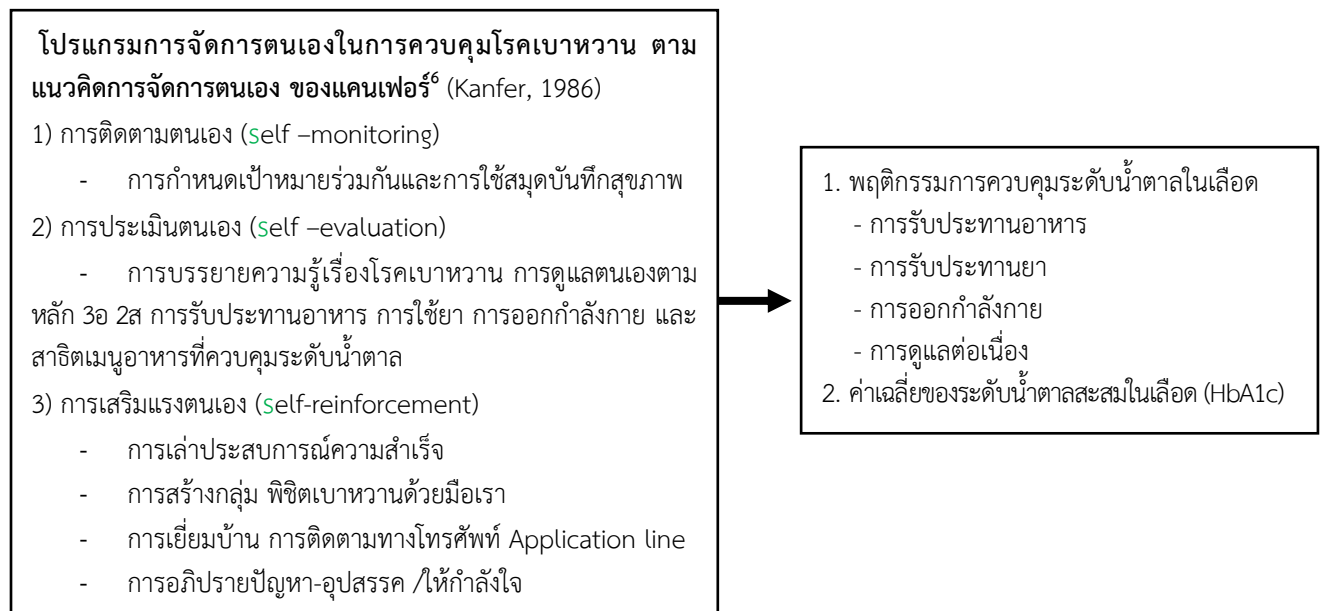
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567–31 พฤษภาคม 2567 ณ โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.ห้วยกระเจา จ.กาญจนบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (self –management)⁶ ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self –monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self –evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเองตามหลัก 3๐2๘ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย 2) การติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทของผู้ป่วย ดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.ห้วยกระเจา จ.กาญจนบุรี ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) > 7.00 % ทั้งหมด 864 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) > 7.00 % จำนวน 40 คน

การคำนวณขนาดของตัวอย่าง จากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง¹⁴ กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.53 ความน่าจะเป็นความคาดเคลื่อนในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศ ชายและหญิง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) > 7.00 % แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. การรักษาคงที่ไม่มีการปรับเปลี่ยน หรือเพิ่มชนิด และขนาดยาเบาหวาน
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น สามารถสื่อสารได้ตามปกติ
4. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ หรือมี Application Line
5. มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการจนครบเวลา

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. มีการปรับเปลี่ยนการรักษา โดยการเพิ่มชนิดและขนาดยาเบาหวาน
2. พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานและจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการต่อหรือเข้าร่วมไม่ครบระยะเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน โดยประยุกต์แนวความคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์⁶ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ 2) คู่มือการจัดการตนเองโรคเบาหวาน 3) สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน และ 4) คู่มือดูแลสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน โรคที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวาน มีลักษณะคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย การดูแลต่อเนื่อง จำนวน 22 ข้อ¹⁵ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00) ระดับพอใช้ (2.01-3.00) และระดับดี (3.01-4.00)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน (การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) จำนวน 1 ท่าน แพทย์อายุรแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง (ผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) จำนวน 1 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้นำเข้าพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO.11/2567 ลงวันที่ 29 มกราคม 2567 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ ทั้งนี้ในการดำเนินผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่สะดวกใจ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผู้วิจัย คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมและดำเนินการตามโปรแกรม การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ. ห้วยกระเจา จ. กาญจนบุรี ระยะเวลาทั้งหมด จำนวน 12 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1.ระยะเตรียมการ

ชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมกิจกรรม ลงนามยินยอมในโครงการวิจัย ทำแบบทดสอบ /นัดหมายวันที่เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1 การติดตามตนเอง (self –monitoring) ดำเนินการวิจัย ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา เวลา 08.00 น.-12.00 น. โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม
2. การบรรยายความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เท่าทันโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

3. ทำกลุ่มตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองโดยการจับคู่เพื่อนเตือนเพื่อน และกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับพยาบาล และแพทย์ผู้รักษาในการดูแลและควบคุมกำกับตนเอง โดยใช้เวลา 30 นาที

4. การแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพด้วยตนเอง โดยกิจกรรมแจ้งผลการตรวจสุขภาพ ลงบันทึกผลในสมุดบันทึก การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือการจัดการตนเอง และให้ตั้งค่าเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และเลือกวิธีที่จะไปสู่เป้าหมาย โดยใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา เวลา 08.00 น.-12.00 น.

1. การเล่าประสบการณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่ประสบความสำเร็จบุคคลต้นแบบ สุขภาพดี ยกตัวอย่าง สัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 45 นาที

2. บรรยายการใช้ยาเบาหวานอย่า

3. กฎวิธี โดยเภสัชกร ใช้เวลา 30 นาที

4. บรรยายเรื่องพฤติกรรม 3อ2ส ใช้เวลา 30 นาที

5. สาธิตการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยนักกายภาพบำบัด ใช้เวลา 45 นาที

6. สาธิตเมนูอาหารที่ควบคุมระดับน้ำตาล ให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน นับคาร์บ โมเดลอาหาร กำหนดเมนูเบาหวานร่วมกันตามบริบท แจกเมนูสุขภาพ โดยนักโภชนาการ ใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง

7. รับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน (เมนูสุขภาพเบาหวาน)

8. การสร้างกลุ่ม พิชิตเบาหวานด้วยมือเรา ผ่าน Line group เพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารในกลุ่ม โทรศัพท์ติดตาม ให้กำลังใจ ปรึกษาปัญหา

สัปดาห์ที่ 3, 4, 5, 7, 8, 10

การประเมินตนเอง (Self-evaluation) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยหลังจากสร้างกลุ่มผ่าน line app ผู้วิจัยโทรศัพท์/Line ติดต่อเพื่อกระตุ้น และประเมินผลด้วยการสอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ และให้กำลังใจ สร้างเสริมในการดูแลตนเอง เป็นระยะ โดยแต่ละระยะใช้เวลาในการพูดคุย ประมาณครั้งละ 20-30 นาที โดย

1. การติดตามสอบถามการประเมินตนเองตามคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน ถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

2. ติดตามการรับประทานอาหารเช้า รายการเมนูอาหารแต่ละวัน

3. ติดตามการออกกำลังกาย

4. เปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาการจัดการตนเองรายบุคคล

5. ผู้วิจัยติดตามกำกับในกลุ่มไลน์เป็นระยะเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน และส่งความรู้ในรูปแบบคลิปวิดีโอ แผ่นพับ QR code การเข้าถึงสื่อความรู้เบาหวาน

โดยสัปดาห์ที่ 6, 9, 11

ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้กำลังใจเสริมแรงกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนัดหมายการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หรือ Line กลุ่ม เพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติควบคุมอาหารเบาหวาน การใช้ยา การออกกำลังกาย สอบถามปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จในการปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

สัปดาห์ที่ 12 ที่คลินิกเบาหวาน

1. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยติดตามผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จากผลในรายงาน Lab ใน HOSxP ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ
2. ประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
3. สรุปผลลัพธ์การดูแลตนเอง โดยดูจากค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง
4. ให้รางวัลกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผลลัพธ์ดีขึ้นและเป็นกำลังใจชื่นชม
5. อภิปราย ปัญหา อุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Pair t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป
จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.00 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.57 (SD = 10.04) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 35.00 สถานภาพคู่ ร้อยละ 60.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.50 รายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.50 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.00 โรคที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 36 ราย ค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 45.00
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.86$, SD = 0.30) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.20$, SD = 0.22) โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง จำแนกตามรายด้าน (n = 40)

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		mean difference	t-test	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ด้านการรับประทานอาหาร	2.95	0.34	3.28	0.28	0.34	5.76	0.000*
ด้านการใช้ยา	3.48	0.42	3.78	0.24	0.30	4.25	0.000*

9(14)

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม		หลังเข้าร่วม โปรแกรม		mean difference	t-test	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ด้านการออกกำลังกาย	2.02	0.59	2.26	0.68	0.24	3.43	0.000*
ด้านการดูแลต่อเนื่อง	2.87	0.48	3.33	0.32	0.46	6.49	0.000*
พฤติกรรมโดยรวม	2.86	0.30	3.20	0.22	0.34	8.61	0.000*

* $p < 0.05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 8.71 (SD = 1.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 8.20 (SD = 1.39) และพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง (n = 40)

ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	$\bar{x}$	SD	mean difference	t-test	p - value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.71	1.54	0.51	3.01	0.05*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	8.20	1.39			

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.86$, SD = 0.302) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.20$, SD = 0.223)

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องจากการจัดโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้มีการสร้างกลุ่ม พืชิตเบาหวานด้วยมือเรา ผ่าน Line group เพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารในกลุ่ม มีการโทรศัพท์ติดตาม ให้กำลังใจ ปรึกษาปัญหา นอกจากนั้นผู้วิจัยได้มีการโทรศัพท์ /Line ติดต่อเพื่อกระตุ้น และประเมินผลด้วยการสอบถามปัญหา อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม และให้กำลังใจ สร้างแรงเสริมในการดูแลตนเอง และยังมีการติดตามสอบถามการประเมินตนเองตามคู่มือผู้ป่วยเบาหวาน ถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ติดตามการรับประทานอาหาร ส่งรายการเมนูอาหารแต่ละวัน มีการติดตามการออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาการจัดการตนเองรายบุคคล และติดตามกำกับในกลุ่มไลน์เป็นระยะเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ส่งความรู้ในรูปแบบคลิปวิดีโอ แผ่นพับ QR

10(14)

code การเข้าถึงสื่อความรู้เบาหวาน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ เสริมแรง เพื่อติดตามประเมินอาการ สอบถามปัญหาอุปสรรค และความสำเร็จในการปฏิบัติ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร และรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)^{9,16,17} และยังสอดคล้องกับผลการศึกษากิจการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง หลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.01$) โดยมีการประเมินพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมา ร่วมกับการค้นหาปัญหา และนำมาวางแผนการดูแลให้ตรงกับปัญหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้โรคเบาหวาน ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองตามสภาพปัญหาของแต่ละราย ผ่านวิธีการสอน การชี้แนะ และการสาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การฝึกประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง การประเมินความอ้วนผอม ด้านการออกกำลังกาย ฝึกการออกกำลังกาย ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเอง¹⁸ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังเป็นไปตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์⁶ นั่นคือจุดเน้นการจัดการตนเองภายใต้กระบวนการทางจิต (psychological process) ในการควบคุมกำกับตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะของการเกิดโรคโดยยึดประชาชนและผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามวิถีการดำเนินชีวิตสุขภาพที่กำหนดเป้าหมายไว้ ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้โดยเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รู้ทันโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ แจ้งผลการตรวจสุขภาพ ลงบันทึกผลในสมุดบันทึก คู่มือการจัดการตนเอง และการให้ความรู้พฤติกรรมดูแลตนเองตามหลัก 3อ2ส การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสาธิตเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย รวมถึงการเล่าประสบการณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่ประสบความสำเร็จบุคคลต้นแบบสุขภาพดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ และนำไปใช้จริงได้มีการประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 8.71 (SD = 1.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 8.20 (SD = 1.39) และพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า การจัดการตนเอง เกิดจากการได้รับความรู้ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รู้ทันโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และการให้ความรู้พฤติกรรมดูแลตนเองตามหลัก 3อ2ส การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และการสาธิตการทำอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย รวมถึงการเล่าประสบการณ์พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่ประสบความสำเร็จบุคคลต้นแบบสุขภาพดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ และนำไปใช้จริงได้มีการประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง

11(14)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พบว่าหลังการทดลอง มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ^{7, 19, 20} ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ช่วยให้อาการผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะของการเกิดโรค ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามวิธีการดำเนินชีวิตที่กำหนด เป้าหมายไว้ มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลง ดังนั้นควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในเขตอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรม และกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระยะยาว โดยการเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้มากขึ้นเป็น 16-24 สัปดาห์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ศานต์ ศานติวรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยกระเจา เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ตลอดจนทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครบถ้วน สมบูรณ์ สร้างคุณประโยชน์ แก่การบริการพยาบาล ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Diabetes 2020 [online]. 2023 [cited 2023 July 1]. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/type-2-diabetes/>
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>

12(14)

3. กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. การเข้าถึงการดูแลโรคเบาหวาน [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=br>
4. ฐานข้อมูล Health Data Center [HDC] กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวาน [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?search=>
5. สถิติสุขภาพคนไทย. รายงานสถิติสุขภาพระดับพื้นที่ [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=3&pf=01818_101&tp=3302
6. Kanfer FH & Gaelick-bays L. *Self-management methods*. In Kanfer FH & Goldstein A. (Eds.), *Helping People Change: A Textbook of Methods* (3rd ed.) New York: Pergamon Press. 1986. p. 283-345.
7. วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์. การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้โรงพยาบาลไทรงาม. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2566;17(2):218-229.
8. ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธิพร มูลศาสตร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้ออำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;8(1):105-116.
9. สาวิตรี นามพะธาย. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศรีสเทียณ; 2561.
10. จิตารัตน์ โกเสส, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาธารณสุขวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565;49(2):55-68.
11. ปราณี ศรีสงคราม, สุภาณี วาจาดี, นพรัตน์ จันทรฉาย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563;5(1):84-94.
12. สมถวิล สนิทกลาง, สุนีย์ ละกำป็น, ปาหนัน พิษขยัญญ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ฉีดยาอินซูลิน. วารสารสาธารณสุข 2565;52(3):1-17.
13. วรางคณา บุตรศรี. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2564;18(1):13-25.
14. โชติกา สัตนาโค, จุฬารณย์ โสตะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2560; 10(4):32-47.
15. ชมนาด แผลงมัลย์, นุชนาด มีนาสันติรักษ์. ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. [รายงานวิจัย]. มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2562.
16. อดิณญา ลาลุน. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2564;11(1):66-80.

17. เนตรนภา บุญธนาพิศาน, สุภาพร แนวบุตร, วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2565;16(3):47-59.
18. ดวงรัตน์ อินทรแสน. ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2563;1(1):64-75.
19. จิราพร หมื่นศรี, วันเพ็ญ ออกเวหา. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง. ใน: การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยปี 2566. หน้า 1-20.
20. ทรงกรกฎ ศฤงคาร, มยุรี นิรัตธราดร, ปรีย์กมล รัชกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565;38(1):86-95.

ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลบ้านโป่ง
The effect of the case management on health behaviors
of essential hypertensive patients at Banpong Hospital

นพรัตน์ เจริญกิจ*

Nopparat Charoenkij*

*โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Banpong Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Nopparat Charoenkij; Email Jeab 9148@gmail.com

Received: May 8, 2024; Revised: June 25, 2024; Accepted: June 25, 2024

บทคัดย่อ

การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีระดับความดันโลหิต $\geq 160/100$ มิลลิเมตรปรอท รับการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – เมษายน 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณีประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้โดยพยาบาล การส่งพบทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมการจัดการรายกรณี ($\bar{X} = 3.29$, $SD = 0.42$) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ค่าดัชนีมวลกายมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

Abstract

The purpose of this research was to study the effect of the case management in the essential hypertensive patients on Health behavior, blood pressure level and body mass index (BMI). The samples were 30 hypertension patients, have blood pressure level greater than or equal to 160/100 mmHg attending at medical outpatient department in Banpong hospital from December 2023 to April 2024. The research instrument was case management, which consisted of: 1) health assessment, health education by nurse, then transferred to multidisciplinary teams, referral to sanitarians for continuity of care, and following up patient visits by telephone and 2) health behavior interview form. The content verification by 3 experts, the accuracy was determined by the Cronbach coefficient was .79. Data were analyzed by percentages, mean, standard deviation and paired t-test.

The results showed that a statistically significant improvement in better health behavior after the intervention ($\bar{X}=3.29$ SD=0.42). The level of systolic and diastolic blood pressure level in post-investigation was significantly lower than pre-investigation. ($p < 0.05$) However, the results on BMI, showed no significant differences in each group ($p > 0.05$).

Keywords: case management, health behaviors, essential hypertensive patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคนและมากกว่า 7 ล้านคน ที่ป่วยแต่ยังไม่เข้ารับการรักษา¹ โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบมากถึงร้อยละ 95 โดยสาเหตุของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับปัจจัย ดังนี้ 1) การบริโภคอาหารที่มีเกลือปริมาณมาก 2) การบริโภคอาหารไขมันสูง 3) กรรมพันธุ์ 4) การมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติหรือโรคอ้วน 5) พฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย 6) ภาวะเครียด 7) การดื่มสุรา และ 8) การสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจมีอาการต่าง ๆ เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ตามัว เป็นลมหมดสติ และเกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และอัมพาต ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารเค็ม หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารไขมันสูง เพิ่มการออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงพฤติกรรมความเครียด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และลดน้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น^{2,3,4} สำหรับสถิติของโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มารับบริการการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอกมากเป็นอันดับ 1 ในปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 15,154, 17,532 และ 19,501 ราย ตามลำดับ⁵ จากการสอบถามและสังเกต พบปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคไม่ดี คือ การขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับความดันโลหิต ระบบบริการไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะที่ชัดเจน ประกอบกับการประสานการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพยังมีน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม⁶ ซึ่งการจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นการจัดการและการดูแลสุขภาพ การประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามประเมินผล การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{7,8} สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายกรณี มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง⁹ และทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น¹⁰

2(11)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่ละรายให้ได้รับกระบวนการอย่างครอบคลุมองค์รวม โดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี¹¹ ได้แก่ การคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินสุขภาพ และระบุปัญหาของผู้ป่วย การพัฒนาแผนการดูแล การดำเนินการตามแผนการดูแล การประเมินผล และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถนำความรู้ความชำนาญและประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการจัดการรายกรณี ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินปัญหา การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย การส่งพบทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาพปัญหาที่พบ การส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์กระตุ้นเตือน และติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษาผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. เพื่อศึกษาผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี
2. ภายหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี
3. ภายหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี

ขอบเขตของการวิจัย

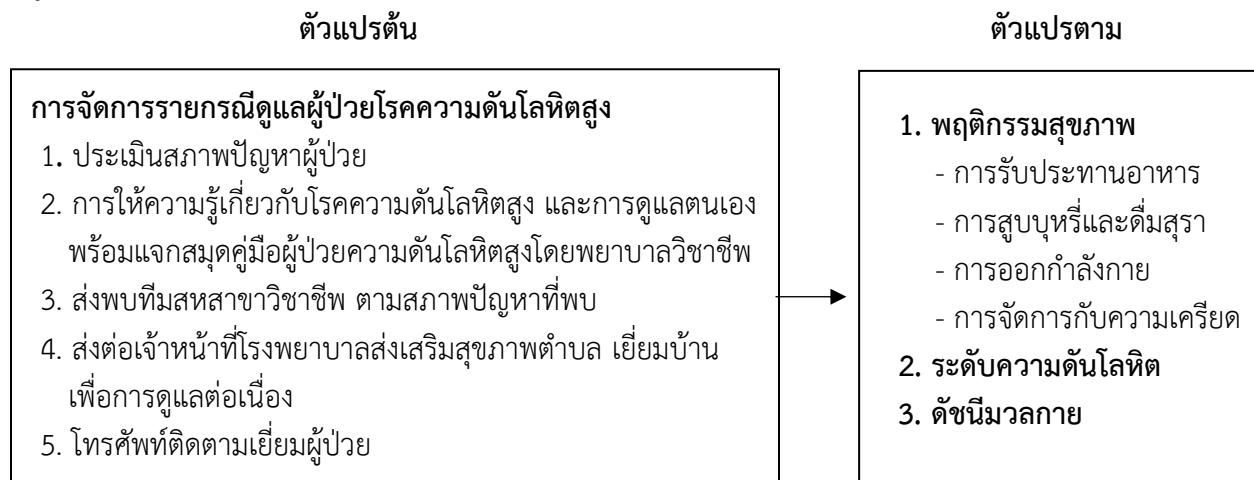
ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิต $\geq 160/100$ มิลลิเมตรปรอท รับการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2566-เมษายน 2567 จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ การจัดการรายกรณี ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกาย

ขอบเขตด้านเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – เมษายน 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี¹¹ ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้ การส่งพบทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเยี่ยมบ้าน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อส่งเสริมให้ระดับความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท มารับการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรม งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 986 คน⁵

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มารับการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งถูกเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณ Power Analysis¹² กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 เปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Cohen¹² ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลไม่สมบูรณ์ ในการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4(11)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุมากกว่า 40 ปี มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
3. ไม่มีการปรับหรือเปลี่ยนยาระหว่างการเข้าร่วมโครงการ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการจัดการรายกรณีได้อย่างต่อเนื่อง
2. มีการปรับเปลี่ยนยาระหว่างเข้าร่วมการจัดการรายกรณี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองพร้อมแจกสมุดคู่มือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลวิชาชีพ การส่งพบทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาพปัญหาที่พบ การส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ กระตุ้นเตือน และติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ 3) ด้านการดื่มสุรา จำนวน 1 ข้อ 4) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ และ 5) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพ¹³ ดังนี้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00)

2.3 เครื่องวัดระดับความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน และนักสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน โดยมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของคู่มือการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เท่ากับ .97 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ตามหนังสือรับรอง REC 016/2566E ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2566 หมดอายุวันที่ 21 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ แจ้งสิทธิการเข้าร่วมวิจัย แนวทางในการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะรายงานผลในภาพรวมทั้งหมด ไม่แสดงผลข้อมูลเป็นรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยทั้งสิ้น คำตอบในแบบบันทึกทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยให้เห็นผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม และข้อมูลนี้จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่งในการทำวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้จะได้รับการติดต่อเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย แจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยและวิธีการทั้งหมดของโครงการให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินสภาพปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดระดับความดันโลหิต พร้อมทั้งแจ้งผลการตรวจระดับความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

กิจกรรมที่ 2 ดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยการสอนให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งแจกสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

กิจกรรมที่ 3 ส่งปรึกษาปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาพปัญหาที่พบ ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการส่งต่อข้อมูลปัญหาของกลุ่มตัวอย่างให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกำหนดให้ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง และสอนให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา การจัดการกับความเครียด ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์กระตุ้นเตือน ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยกำหนดระยะเวลาการเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 6-8 ใช้เวลาติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ประมาณ 15 นาที

การประเมินผลการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 12 หลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี โดยสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง วัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก เพื่อประเมินค่าดัชนีมวลกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก/ไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 53.30 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.33 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.67 และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 56.67 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	46.70
หญิง	16	53.30
อายุ (ปี)		
41 – 50	1	3.33
51 - 60	7	23.34
61 - 70	12	40.00
71 - 80	9	30.00
> 80	1	3.33
$\bar{X}$ = 64.59 ปี, SD = 12.83, Max = 84 ปี, Min = 49 ปี		
สถานภาพสมรส		
คู่	22	73.33
โสด	5	16.67
หม้าย/หย่าหรือแยกกันอยู่	3	10.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	56.67
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	10	33.33
ปริญญาตรี	3	10.00
อาชีพ		
รับจ้าง	14	46.67
ค้าขาย	11	36.67
เกษตรกร	3	10.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	2	6.67
รายได้ (บาท)		
≤ 5,000	7	23.33
5,001 – 10,000	17	56.67
10,001 – 15,000	2	6.67
15,001 – 20,000	1	3.33
20,001 – 25,000	2	6.67
≥ 25,000 ขึ้นไป	1	3.33

$\bar{X}$ = 9,876 บาท, SD = 24.36, Max = 30,000 บาท, Min = 3,000 บาท

2. ผลของการดูแลแบบการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.42$) เมื่อพิจารณารายละเอียดของพฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มประเภทเบียร์ ($\bar{x} = 3.83$, $SD = 0.38$) ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.50$, $SD = 0.57$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการจัดการรายกรณี			หลังการจัดการรายกรณี		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	2.20	0.40	ปานกลาง	3.17	0.38	ดี
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารใส่กะทิมัน ๆ	2.17	0.65	ปานกลาง	3.20	0.41	ดี
3. รับประทานอาหารประเภทผักใบเขียว	2.53	0.57	ปานกลาง	3.63	0.49	ดี
4. หลีกเลี่ยงการรับประทานน้ำมันหมู ปาล์มหรือมะพร้าว	2.37	0.96	ปานกลาง	3.30	0.46	ดี
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทตากแห้งหมักดอง	2.13	0.35	ปานกลาง	3.10	0.31	ดี
6. หลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มเติมจากที่ปรุงมาแล้ว	1.80	0.81	ไม่ดี	3.40	0.49	ดี
7. รับประทานอาหารอบหรือหนึ่งแทนการทอด	2.03	0.18	ปานกลาง	3.20	0.41	ดี
8. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน	2.27	0.52	ปานกลาง	2.53	0.51	ปานกลาง
9. หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดชนิดไม่พรมันเนย หรือไอวอลล์ติน	2.43	0.62	ปานกลาง	3.47	0.50	ดี
10. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มประเภทเบียร์	3.63	0.72	ดี	3.83	0.38	ดี
11. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	3.70	0.70	ดี	3.80	0.41	ดี
12. หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ	2.03	0.85	ปานกลาง	3.53	0.51	ดี
13. การออกกำลังกาย	1.97	0.62	ไม่ดี	2.50	0.57	ปานกลาง
14. หลีกเลี่ยงการแบกเข็น หรือยกของหนัก	2.50	0.69	ปานกลาง	3.40	0.56	ดี
15. ปราศจากความเครียด	2.10	0.34	ปานกลาง	3.23	0.52	ดี
16. ปราศจากความกลัว	2.30	0.59	ปานกลาง	3.30	0.47	ดี
17. การมีจิตใจที่สบายไม่ทำให้ปั่นป่วนในท้อง	2.67	0.88	ปานกลาง	3.47	0.53	ดี
18. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	1.97	0.32	ไม่ดี	3.03	0.41	ดี
19. สวดมนต์ นั่งสมาธิ	1.83	0.53	ไม่ดี	3.23	0.54	ดี
20. นอนหลับอย่างน้อย 6 – 8 ชม.ต่อวัน	2.23	0.58	ปานกลาง	3.43	0.57	ดี
ภาพรวม	2.34	0.29	ปานกลาง	3.29	0.42	ดี

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก/ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี พบว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก/

ไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.716$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก/ ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ($n=30$)

ตัวแปร	ก่อนการจัดการรายกรณี		หลังการจัดการรายกรณี		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. พฤติกรรมสุขภาพ	2.34	0.29	3.29	0.42	22.19	0.000*
2. ความดันโลหิตซิสโตลิก	171.27	9.81	142.70	11.20	10.51	0.000*
3. ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	81.60	11.56	71.27	11.83	3.42	0.001*
4. ดัชนีมวลกาย	27.66	5.18	27.17	5.29	0.37	0.716

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองแบบการจัดการรายกรณี โดยการประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่าง การให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการอธิบายหรือตอบคำถามในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างสนใจ การส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาพปัญหาที่พบ และให้สมุดคู่มือการดูแลตนเองไปอ่านทบทวน การส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ถือเป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังในสถานบริการระดับปฐมภูมิ พบว่าโปรแกรมจัดการรายกรณีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังให้มีพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองที่ดีขึ้น¹⁰

2. ภายหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี โดยสอนให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างให้ถูกต้องเหมาะสมต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ซึ่งพบได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี หลังได้รับการจัดการรายกรณีในการรับประทานอาหาร เช่น การหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊วเพิ่มเติมจากที่ปรุงมาแล้ว ($\bar{x} = 3.40$, $SD = 0.49$) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ($\bar{x} = 3.17$, $SD = 0.38$) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารตากแห้ง หมักดอง ($\bar{x} = 3.10$, $SD = 0.31$) การจัดการกับความเครียด มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น คือ มีการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ($\bar{x} = 3.43$, $SD = 0.57$) มีการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ($\bar{x} = 3.23$, $SD = 0.54$) มีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

9(11)

($\bar{x} = 3.03$, $SD = 0.41$) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก/ไดแอสโตลิกลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายการณี โรงพยาบาลกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลงได้¹⁴

3. ภายหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายการณี กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายการณี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.05$ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ในผู้ที่มีภาวะ prehypertension พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ หลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายการณี ยังคงมีพฤติกรรมหลักเสี่ยงการปะทานอาหารหวาน ($\bar{x} = 2.53$, $SD = 0.51$) และการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.50$, $SD = 0.57$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายนั้นขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว อาหารที่รับประทาน^{3,4} รวมถึงกลุ่มตัวอย่างอาจต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไปอีกระยะหนึ่ง อันจะส่งผลต่อการลดลงของค่าดัชนีมวลกายมากพอที่จะมีผลทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาเชิงทดลองในผู้ที่มีภาวะ prehypertension ถึงผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อทดลองครบ 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย สามารถลดค่าดัชนีมวลกายลงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ¹⁶ จากเหตุผลดังกล่าว การปรับพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นเอกสารประกอบการอ้างอิงและเผยแพร่วิชาการแก่ผู้สนใจ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลนำหลักการจัดการรายการณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการจัดการรายการณีที่มีระยะเวลานานขึ้น เช่น มีการติดตามทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี
2. ควรมีการประเมินผลการจัดการรายการณี โดยศึกษาผลลัพธ์จากตัวแปรอื่น ๆ เช่น ระดับไขมันในเลือด ค่าการทำงานของไต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้บังคับบัญชาโรงพยาบาลบ้านโป่ง ขอรกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงระวีวรรณ ดิลกอุดมชัย อายุรแพทย์โรงพยาบาลบ้านโป่ง คุณสมถวิล บงกษมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง และคุณนิธยา ท้าวปราบภัย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลนภลัย ที่ได้ให้คำแนะนำ เสนอแนะ ข้อคิดเห็น สละเวลาตรวจเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณอายุรแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านโป่งทุกท่าน ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยดีตลอดมา นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก และคุณเสาวรี เอี่ยมละออ พยาบาลอาวุโสผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคแนะประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ [ออนไลน์]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=34117&dept code=brc>.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. (ฉบับปรับปรุง) [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>.
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. รู้ตัวเลขรู้ความเสี่ยงสุขภาพ [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1064820201022081932.pdf>.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อ้วนลงพุงกับความดันโลหิตสูง [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th>.
5. โรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานสถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประจำปี 2566. ราชบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.
6. โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วาระการประชุมเรื่องปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมโรคไม่ดี งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 26 ตุลาคม 2566; ราชบุรี: งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2566.
7. Meisler N, Midyette P. CNS to case manager: Broadening the scope: Nur Manage 1994;25(11): 44-6.
8. Mullahy CM. The case manager's handbook. 5 th ed. MA: Jones and Bartlett Learning; 2014.
9. Soon-Nyoung Y. Effectiveness of community- based case management for patients with hypertension. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing 2014;25(3):159-69.
10. ตติยา แดงทิม, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, พิชราพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังในสถานบริการระดับปฐมภูมิ. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565;14(2):114-126.
11. Powell SK, Tahan HA. Case management a practical guide for education and practice. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
12. Cohen J. Statistical power analysis for behavioural sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
13. Best W. Research in Education. 4 th ed. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice.Hall Inc; 1981.
14. สมคิด สุภาพันธุ์. การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(5):857-64.
15. กมลธร วัธสา, วิพร เสนารักษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ในผู้ที่มีภาวะ prehypertension. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33(4):65-73.
16. Felix G. Clinical affect of lifestyle modification on cardiovascular risk in prehypertensives: PREHIPER: Study, Revista Espanola de Cardiologia 2009; 62(1):86-90.

การศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

The study of competencies in community health management among
village health volunteers in Samut Songkhram District, Samut Songkhram Province

พชรกรณ์ นิยมเวช* นงนุช วงศ์สว่าง*

Potcharakorn Niyomvech* Nongnuch Wongsawang*

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด จังหวัดสมุทรสงคราม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Thailand Health Promoting Hospital, Samut Songkhram Province

*Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Nongnuch Wongsawang; Email: nongnuch_bcnr@yahoo.com

Received: May 22, 2024; Revised: June 24, 2024; Accepted: June 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 276 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.0 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.75, SD = 0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและด้านการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.84, SD = 0.51, $\bar{X}$ =3.72, SD = 0.54 ตามลำดับ) สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแยกตามประสบการณ์การฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรม 1-3 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตรมีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้ารับการอบรม 4-6 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตร มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: สมรรถนะ, การจัดการสุขภาพชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research aims to study the community health management competencies of village health volunteers, and to compare the differences in community health management competencies among village health volunteers categorized by work experience, training experience, organizational support, and collaboration among colleagues. The sample group consists of village health volunteers working in Muang District, Samut Songkhram Province, totaling 276 people. Research tools used include a questionnaire on community health management competencies of village health volunteers, content validity checked by three experts, with an Index of Content Validity (IOC) between .67-1.0, and a confidence level of .81. Data analysis methods include frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, t-test, and One-Way ANOVA.

The results indicate that the community health management competencies among village health volunteers found to be at a high level ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.48$). Considering specific aspects, the model health aspect is at a high level ($\bar{x} = 3.84$, $SD = 0.51$), and the community health management operation aspect is also at a high level ($\bar{x} = 3.72$, $SD = 0.54$). Regarding statistically significant factors at the 0.05 level, it was found that there were significant differences in community health management competencies based on training experience. Pairwise comparisons using the Least Significant Difference method revealed significant differences between village health volunteers who attended 1-3 courses and those who attended 7-8 courses, as well as between those who attended 4-6 courses and those who attended 7-8 courses.

Keywords: competency, community health management, village health volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมุ่งเน้นบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 กำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ¹ ในขณะที่ระบบสุขภาพชุมชนดำเนินการโดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่สนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานระดับตำบล และหมู่บ้านที่ประชาชนร่วมกันวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล ภาครัฐให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น² นำมาสู่นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง โดยการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้คนไทยทุกคนครอบคลุมประจำตัว 3 คน ประกอบด้วยหมอมคนที่ 1 คือ อสม. หมอมคนที่ 2 คือ พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุข และหมอมคนที่ 3 คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน³

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิและการสาธารณสุขมูลฐาน มีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การวางแผน การประสานกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนการจัดการสุขภาพและให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลขั้นต้นตามขอบเขตที่กำหนดและการส่งต่อผู้ป่วยรวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ^{4, 5} ปีงบประมาณ 2567 ประเทศไทยมีอสม. ทั้งหมด 1,039,729 คน โดยในเขตสุขภาพที่ 5 มีอสม. จำนวน 72,939 คน⁶

การจัดการสุขภาพชุมชนเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของอสม. โดยเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทำประชาคมหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ได้แผนพัฒนาสุขภาพที่มาจากความต้องการของประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน เพื่อใช้สำหรับการเสนอขอเบิกจ่ายงบประมาณ ทั้งนี้กระบวนการจัดทำแผน เริ่มต้นจากการวิเคราะห์และระบุปัญหา นำปัญหาต่างๆที่ระบุมากำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดทำแผน ภายใต้กิจกรรม 3 กลุ่ม ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุขของประชาชน การแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในเรื่องต่าง ๆ และการจัดบริการสุขภาพเบื้องต้นในศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสมช.)²

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มืออสม.นักรจัดการสุขภาพชุมชนกำหนดองค์ประกอบของการจัดการสุขภาพซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งประกอบด้วยการจัดการตนเองเพื่อเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและการดำเนินการเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรม และด้านการประเมินผล^{7,8} แต่ในปัจจุบันสมรรถนะนี้ยังไม่ได้รับการประเมินทั้งที่มีความจำเป็นในการใช้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ในการดูแลสุขภาพประชาชน อย่างไรก็ตามกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนได้มีการประเมินศักยภาพของอสม. ในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน โดยประเมินการปฏิบัติของอสม. 2 ด้าน ได้แก่ การประเมินสุขภาพตนเองและการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การติดตามหญิงตั้งครรภ์ และการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดค่าเป้าหมายตามตัวชี้วัด สำนักงบประมาณ คำรับรองเขต ปีพ.ศ. 2567 ร้อยละ 65.00 ผลการประเมิน พบว่าอสม. ทั่วประเทศ มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 47.79 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย โดยอสม.ในเขตสุขภาพที่ 5 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 45.16⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประสพการณ์การทำงาน ประสพการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน การที่อสม.ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกระตือรือร้นแล้วทำให้อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น มีความเชื่อในด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรค⁹ และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอสม. ต้องมีการอบรมดำเนินกิจกรรมและการรายงานของอสม. อย่างเป็นระบบตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและปัญหาของพื้นที่¹⁰ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับ ผลการปฏิบัติงานของอสม.ที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินและนำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นระบบ

จังหวัดสมุทรสงครามเป็นจังหวัดที่เล็กที่สุดในประเทศไทยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 มี 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม อำเภออัมพวา และอำเภอบางคนที มีประชากร 18,799 คน มีอสม.ทั้งหมด 2,236 คน⁶ ผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนในภาพรวมทั้งจังหวัด พบว่าอสม. มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ 43.07 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายของระดับประเทศ (ร้อยละ 65.00) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าอสม.ในจังหวัดสมุทรสงครามมีศักยภาพการจัดการสุขภาพตนเอง ร้อยละ 28.32 และมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพชุมชน ร้อยละ 36.50 เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่าอสม.ในอำเภออัมพวามีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนสูงที่สุด ร้อยละ 63.18 รองลงมาคือ อำเภอบางคนที ร้อยละ 51.94 และอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ร้อยละ 37.35⁶

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าศักยภาพอสม.ด้านการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนยังไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามการประเมินดังกล่าวมีข้อจำกัดเพราะเป็นการประเมินเฉพาะ 1) การประเมินสุขภาพตนเอง 2) การติดตามหญิงตั้งครรภ์ และ 3) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่ครอบคลุม แนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข³⁽¹³⁾

มูลฐานตามคู่มือสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วยการจัดการตนเองเพื่อเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และการดำเนินการเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรม และด้านการประเมินผล^{7, 8} ผู้วิจัยจึงศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนและปัจจัยที่ทำให้สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการพัฒนาสมรรถนะในการจัดการสุขภาพชุมชนให้แก่สม. เป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชนและการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน

สมมติฐานการวิจัย

1. สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงครามอยู่ในระดับดี
2. สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 276 คน

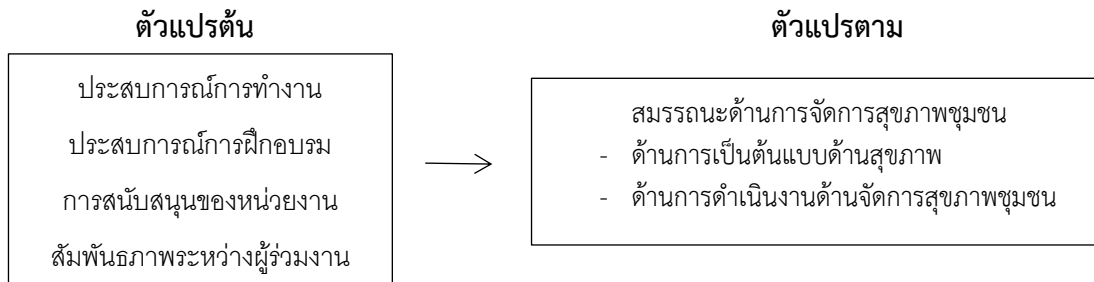
ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ตัวแปรตาม ได้แก่ สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน

ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินงานวิจัยระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 – เมษายน 2567 โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานของตามคู่มือสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วยการจัดการตนเองเพื่อเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และการดำเนินการเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรม และด้านการประเมินผล⁷ เลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้าน

การจัดการสุขภาพชุมชน 4 ปัจจัย ได้แก่ ประสพการณ์การทำงาน ประสพการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ที่ขึ้นทะเบียนในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 891 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ขึ้นทะเบียนในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 276 คน ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม เนื่องจากเป็นอำเภอที่อสม. มีผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับอำเภออื่นในจังหวัดสมุทรสงคราม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (power of test) ด้วยโปรแกรม G*Power¹¹ ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับกลาง เท่ากับ 0.25¹² ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 252 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล การวิจัยนี้ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 % ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 276 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁷ เป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นแบบเติมคำและตรวจสอบรายการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสพการณ์การทำงาน ประสพการณ์การฝึกอบรม สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน และ การสนับสนุนของหน่วยงาน ได้แก่ 1) ด้านเข้าร่วมในการปฏิบัติงานในชุมชน 2) ด้านการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติงาน 3) ด้านการสนับสนุนวัสดุสำนักงานและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ 4) ด้านสนับสนุนค่าอาหารในการปฏิบัติงานในชุมชน

ตอนที่ 2 สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน มีลักษณะเป็นแบบมาตราวัดอันตรายภาค 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ และด้านการ

5(13)

ดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน จำนวน 24 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 หมายถึง มีสมรรถนะในข้อความนั้นในระดับน้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มีสมรรถนะในข้อความนั้นในระดับมากที่สุด) โดยการแปลผลคะแนนพิจารณา จากค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้โดยแบ่งระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับ ดังนี้¹³

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50 หมายถึง สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50 หมายถึง สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50 หมายถึง สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายถึง สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญด้านสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน และการพัฒนาศักยภาพของอสม. จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน โดยมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับอสม. ในเขตพื้นที่ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริหารโรคอาหารเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เลขที่โครงการวิจัย 22/2566 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียด การทดลอง การรักษาความลับ และการนำเสนอเป็นข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อสิทธิและหน้าที่ใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปชี้แจง ทำความเข้าใจ กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่ง ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม เพื่อดำเนินการแจกแบบสอบถามให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเก็บรวบรวมมาส่งผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและคะแนนสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of Normality) ข้อมูลค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov พบว่าสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นโค้งปกติอยู่ (p-value > 0.05)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จำแนกตามการสนับสนุนของหน่วยงานโดยใช้สถิติ independent t-test
4. วิเคราะห์ความแตกต่างสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA
5. วิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ของสมรรถนะการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน โดยใช้สถิติ Least-Significant Different (LSD)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.52 อายุ 46 - 60 ปี ร้อยละ 52.17 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53.62 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.48 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 5,000 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.57 ประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ย 13.97 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 11- 20 ปี ร้อยละ 40.58 เข้ารับการอบรม 4 - 6 หลักสูตร ร้อยละ 54.71 โดยหลักสูตรที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรมมากที่สุด คือ การฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 88.04 รองลงมา คือ การอบรมทบทวนความรู้ในการประชุมประจำเดือน ร้อยละ 81.16 และการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข เรื่องการเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้ว ร้อยละ 72.10 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน 1 – 2 ด้าน ร้อยละ 60.14 โดยด้านที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่มากที่สุด คือ การเข้าร่วมในการปฏิบัติงานในชุมชน ร้อยละ 88.77 รองลงมา คือ ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 77.17 และเรื่องที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด คือ สนับสนุนค่าอาหารในการปฏิบัติงานในชุมชน ร้อยละ 24.60 ประมาณครึ่งหนึ่งคิดเห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ รักใคร่สามัคคี เสียสละ ร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน ร้อยละ 50.36 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงานและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม (n = 276)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงาน		
1-10 ปี	111	40.22
11-20 ปี	112	40.58
21 ปี ขึ้นไป	53	19.20
ประสบการณ์การฝึกอบรม		
เข้ารับการอบรม 1-3 หลักสูตร	101	36.59
เข้ารับการอบรม 4-6 หลักสูตร	151	54.71
เข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตร	24	8.70
การสนับสนุนของหน่วยงาน		
ได้รับการสนับสนุน 1-2 ด้าน	166	60.14
ได้รับการสนับสนุน 3-4 ด้าน	110	39.86
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน		
ทุกคน (ร้อยละ 100) ร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน	131	47.46
ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน	139	50.36
น้อยกว่าร้อยละ 50 ร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน	6	2.18

7(13)

2. สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และด้านการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.84$, $SD = 0.51$, $\bar{x} = 3.72$, $SD = 0.54$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม (n = 276)

สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ	3.84	0.51	มาก
ด้านการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน	3.72	0.54	มาก
การจัดทำแผน	3.82	0.56	มาก
การจัดการงบประมาณ	3.23	0.86	มาก
การจัดกิจกรรม	3.87	0.53	มาก
การประเมินผล	3.86	0.59	มาก
รวม	3.75	0.48	มาก

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอสม. ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามประสบการณ์ การฝึกอบรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ ประสบการณ์การทำงาน การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการสนับสนุนของหน่วยงาน (n = 276)

การสนับสนุนของหน่วยงาน	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ได้รับการสนับสนุน 1-2 ด้าน	166	3.76	0.45	0.166	0.868
ได้รับการสนับสนุน 3-4 ด้าน	110	3.75	0.52		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน (n = 276)

รายการ	SS	df	MS	F	p-value
ประสบการณ์การทำงาน					
ระหว่างกลุ่ม	0.49	2	0.25	1.07	0.346
ภายในกลุ่ม	62.79	273	0.23		
รวม	63.28	275			

รายการ	SS	df	MS	F	p-value
ประสบการณ์การฝึกอบรม					
ระหว่างกลุ่ม	1.85	2	0.93	4.12	0.017*
ภายในกลุ่ม	61.42	273	0.23		
รวม	63.27	275			
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน					
ระหว่างกลุ่ม	0.85	2	0.42	1.85	0.160
ภายในกลุ่ม	62.43	273	0.23		
รวม	63.28	275			

*p < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ของประสบการณ์การฝึกอบรม ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า มีคู่ที่แตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ อสม. ที่เข้ารับการอบรม 1-3 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตร มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.006) และอสม. ที่เข้ารับการอบรม 4-6 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.007) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความแตกต่างเป็นรายคู่ของสมรรถนะการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน จำแนกตามประสบการณ์การฝึกอบรม (n = 276)

ประสบการณ์การฝึกอบรม	เข้ารับการอบรม 1 - 3 หลักสูตร	เข้ารับการอบรม 4 - 6 หลักสูตร	เข้ารับการอบรม 7 - 8 หลักสูตร
เข้ารับการอบรม 1 - 3 หลักสูตร		0.806	0.006*
เข้ารับการอบรม 4 - 6 หลักสูตร			0.007*
เข้ารับการอบรม 7 - 8 หลักสูตร			

*p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม สามารถอภิปรายผลดังนี้

1. การศึกษสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการศึกษา พบว่าสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงครามอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.51) ด้านการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.72, SD = 0.54) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพในด้าน ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาตนเองให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และการจัดการสุขภาพชุมชนผ่านการได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดให้ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการให้ความรู้ และคำแนะนำในการปฏิบัติงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

การจัดการสุขภาพชุมชนในมิติต่าง ๆ จึงทำให้มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสามารถในการปฏิบัติงานในการจัดการสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับมาก มีความรู้ในการดำเนินงานเป็นอย่างดี ได้รับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงาน และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำท้องถิ่น¹⁴

2. การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม การสนับสนุนของหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ปัจจัยประสบการณ์การทำงาน

ผลการศึกษา พบว่าอสม.ที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.346$) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการวัดประสบการณ์การทำงานโดยการวัดจากจำนวนปีที่ปฏิบัติงาน เป็นการวัดที่ไม่สามารถสะท้อนประสบการณ์ที่แท้จริงที่อสม.ได้รับ หรือเข้าไปเกี่ยวข้องได้ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน อาจเป็นเพียงจำนวนเวลาที่บุคคลหนึ่งดำรงตำแหน่งเป็นอสม. บุคคลที่ดำรงตำแหน่งอสม.มาเป็นเวลานานอาจนำประสบการณ์ที่ตนเองได้รับไปพัฒนาตนเองให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ หรือมิได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพชุมชนในด้านการจัดทำแผน การจัดการงบประมาณ หรือการประเมินผล จึงส่งผลให้มีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมไม่แตกต่างจากอสม.ที่มีจำนวนปีที่เป็นอสม. สูงกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต พบว่าอายุงานที่แตกต่างกันมีผลกับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะไม่แตกต่างกัน¹⁵

ประสบการณ์การฝึกอบรม พบว่าอสม. ที่มีประสบการณ์การฝึกอบรมแตกต่างกันมีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี LSD พบว่ามีคู่ที่แตกต่างกัน 2 คู่ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ารับการอบรม 1-3 หลักสูตร กับเข้ารับการอบรม 7-8 หลักสูตร มีสมรรถนะด้านทักษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) และอสม.ที่เข้ารับการอบรม 4-6 หลักสูตรกับเข้ารับการอบรม 7-9 หลักสูตร มีสมรรถนะด้านทักษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) แสดงให้เห็นว่าการที่อสม. เข้ารับการอบรมส่งผลให้เกิดได้รับรู้โอกาส ความเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ จนทำให้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ จนทำให้สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนด้านการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า เมื่ออสม.ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว ทำให้อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น มีความเชื่อในด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรค ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้โอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทราบถึงความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการป้องกันตนเอง สามารถนำไปสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีวิธีการเลือกแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ที่ดีที่สุดให้ปลอดภัย⁹ นอกจากนี้การได้เข้ารับการอบรมอาจจะทำให้อสม. มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในงานที่ปฏิบัติ และมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะสุขภาพชุมชนที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานประจำตามบทบาทของอสม. เช่น การวางแผนการจัดการชุมชน การจัดการงบประมาณ หรือ การประเมินผล สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง การเป็นผู้มีความรู้ เชี่ยวชาญในสาขาอาชีพที่ปฏิบัติอยู่

และมีทักษะ ทักษะที่ดีในการให้บริการ โดยจะต้องมีการอบรมดำเนินกิจกรรมและการรายงานของอสม. อย่างเป็นระบบ ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและปัญหาของพื้นที่¹⁰

การสนับสนุนของหน่วยงาน พบว่าอสม.ที่ได้รับการสนับสนุนของหน่วยงานหรือจากเจ้าหน้าที่ต่างกัน มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.868$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นความสามารถของบุคคลในการเป็นต้นแบบทางสุขภาพ และการทำงานเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของคนในชุมชน ดังนั้นอสม. ที่จะมีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนได้นั้น จะต้องสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนอื่นในครอบครัวและชุมชน ในมิติของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. เพิ่มขึ้น 1.71 หน่วย เนื่องจากบุคคลที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่น ๆ จะช่วยกระตุ้นให้อสม. ได้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมไปถึงการยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ และการได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานจากคนในชุมชน โดยพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอสม. ในมิติของการทำงานเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของคนในชุมชนอาจเป็นไปได้ว่า การสนับสนุนของหน่วยงานในด้านต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้และคำแนะนำ การสนับสนุนวัสดุสำนักงาน อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการสนับสนุนค่าอาหารเป็นการสนับสนุนเพื่อการปฏิบัติงานประจำของอสม. เช่น การคัดกรองภาวะสุขภาพ การณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น แต่ไม่ได้สนับสนุนในด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดการงบประมาณ และด้านการประเมินผล จึงทำให้การสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของคนในชุมชน¹⁷

สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน พบว่าอสม.ที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานต่างกัน มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.160$) เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁷สามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 46 - 60 ปี) มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้น้อย จึงให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานในหน้าที่ของอสม. ส่งผลให้แรงจูงใจภายในตนมีไม่เพียงพอ ในขณะที่แรงจูงใจภายนอกที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จะมีมากแต่ไม่สามารถมีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองหรือความสามารถในการปฏิบัติงานได้ เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องอาศัยทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก อย่างไรก็ตามด้วยบริบทของอสม. ในอำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม ที่สมาชิกส่วนใหญ่มีการปฏิบัติหน้าที่อสม. รักใคร่ สามัคคี เสียสละ ร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน จึงทำให้โดยภาพรวมอสม. ในพื้นที่มีสมรรถนะในการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory) กล่าวว่า ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งแวดล้อมของงาน ปัจจัยเหล่านี้มิได้จูงใจให้บุคคลทำงานได้มากขึ้น แต่เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและกระตุ้นให้ออม. เข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ อย่างเหมาะสม และต่อเนื่องทั้งด้านจำนวนครั้งและเนื้อหาของการอบรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักสูตรที่ส่งเสริมการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและด้านการดำเนินงานเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน เช่น การจัดทำแผนการการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนและการประเมินผล

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมและสนับสนุนให้ออม. ในพื้นที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรอม. นักจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ออม. มีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนทั้งในมิติของการจัดการตนเองเพื่อเป็นต้นแบบและการดำเนินการเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรม และด้านการประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบหรือหลักสูตรที่ส่งเสริมสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของอม. ที่สอดคล้องกับบริบทและลักษณะเฉพาะของอม. แต่ละพื้นที่เพื่อให้ออม. สามารถนำองค์ความรู้ หรือประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา แนะนำและแก้ไข โครงร่างวิจัยแบบสอบถาม การดำเนินการวิจัย สรุปผลและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก. (2562).
2. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ; 2560.
3. สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 3 หมอ “คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน” [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://prgroup.hss.moph.go.th/medias/article/1175-3-หมอ-“คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว-3คน”>
4. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 128, ตอนพิเศษ 33 ง. (2554).
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มืออม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
6. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน (ร้อยละ 65) ตัวชี้วัด สำนักงบประมาณ คำรับรองเขต ปี 2567 [ออนไลน์]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp-kpi-health>
7. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออม. นักจัดการสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

8. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักสูตรอบรม. เชี่ยวชาญ การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2562
9. สมหมาย หิรัญนุช, สิริกาญจน์ กระจำโพธิ์, ไพรัตน์ นุกุลกิจ. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2564;7(2):61-70.
10. นาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์, สุเทพ เชาวลิท. การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ 2561;6(2): 768-779.
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-191.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1977.
13. บุญชม ศรีสะอาด. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.
14. ธัญญาสิริ ธีณสวัสดิ์, นิตยา จันทบุตร, ใจเพชร นิลบาร์นต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี. วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี 2562;8(1):1-10.
15. นูไรฮัน ฮะ. ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
16. ทรรศนีย์ บุญมัน. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
17. ยุทธนา แยกคาย. รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
18. Alshmemri M, Shahwan-Akl L, Maude P. Herzberg's two-factor theory. Life Science Journal 2017;14(5):12-6.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

The factors to association on development of primary care system
in subdistrict health promotion hospital, Ratchaburi Provincial Public

Health Office

สมเกียรติ โคว์ไ้*

Somkiat Kowlai*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

*Ratchaburi Provincial Public Health Office

Corresponding author: Somkiat Kowlai; Email: boy_one111@hotmail.com

Received: May 24, 2024; Revised: June 17, 2024; Accepted: June 17, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 79 คน และบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 79 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67 - 1.0 โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .71, .90 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ไคสแควร์

ผลการวิจัย ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ปัจจัยด้านทักษะคิดมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.510, p < 0.05$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 26.288, p < 0.05$)

คำสำคัญ: ทักษะคิด, แรงสนับสนุนทางสังคม, การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

The purpose of this study is the association on development of primary care system in Subdistrict Health Promotion Hospital, Ratchaburi Provincial Public Health Office. The study was on the purpose of selection as 79 director of Subdistrict Health Promotion Hospital and 79 public health personnel. Tools that were used were general information questionnaire, attitude, social support and development of primary care system. The content validity by 3 content experts. The index of Item-Objective Congruence was between .67 – 1.00, The Reliability was .71, .90 and .89 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-square tests.

The results showed that: the personal factors of each gender, age, position and period of employment were not significantly associated with the development of primary care system. The attitude was significantly associated with development of primary care system ($\chi^2 = 11.510$, $p < 0.05$). The social support was significantly associated with development of primary care system ($\chi^2 = 26.288$, $p < 0.05$).

Keywords: attitude, social support, development of primary care system.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการปฐมภูมิ (primary health care) เป็นบริการสุขภาพด้านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุม ทั้งถึงและเป็นธรรม เป็นบริการสาธารณสุขผสมผสานโดยมีการจัดบริการเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุม และป้องกันโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ¹ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้กำหนดกลไกเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ ประกอบด้วย การกำหนดให้มีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งทำหน้าที่กำกับดูแลเชิงนโยบายควบคู่ไปกับกำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามนโยบายยุทธศาสตร์และแผนงาน รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนที่เหมาะสม ในส่วนของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดให้สิทธิกับคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นทีมหมอประจำครอบครัว ภายใน 10 ปี มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการปฐมภูมิกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ มีการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งต่อไปรับบริการในหน่วยบริการอื่น กรณีเกินศักยภาพ²

จากแนวทางการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานในเรื่องจัดบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้นต้องอาศัยหลายปัจจัยในการดำเนินงาน โดยเฉพาะปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งถือเป็นทรัพยากรทางการบริหารที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยทางการบริหารประกอบด้วย 1) ด้านบุคคล 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา และ 6) ด้านเทคโนโลยี² ปัจจัยการบริหารเป็นปัจจัยสำคัญ

ในการปฏิบัติงาน ที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้จะทำให้การปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

บทบาทหลักของผู้รับผิดชอบงานบริหารระบบบริการปฐมภูมิ (primary care manager) คือ การวิเคราะห์ การวางแผน การบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินการและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนการทำงานตามแผนกลยุทธ์ของเครือข่ายบริการ และรับประกันผลงานให้ได้ตามภารกิจ และเป้าประสงค์ของเครือข่ายบริการ รวมทั้งต้องมีการสื่อสารให้คณะกรรมการบริหารระดับอำเภอ ซึ่งเป็นกลไกควบคุมกำกับได้ตัดสินใจส่งเสริมสนับสนุนด้านการจัดสรรทรัพยากรและระบบสนับสนุนในการให้บริการที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำประสานงานให้เกิดการดำเนินการ รวมทั้งดำเนินการในระดับพื้นที่ให้เหมาะสมกับทีมงานทั้งในและระหว่างเครือข่ายบริการ ตลอดจนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความสำเร็จ³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และต่อมาในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการพัฒนาภายใต้เกณฑ์การประเมินมาตรฐานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Accreditation: PCA) และในปี พ.ศ. 2560-2565 กำหนดให้ใช้เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) ในการพัฒนารับรองคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านมา มีรูปแบบการพัฒนาที่ปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม เช่น การพัฒนาโดยทีมประเมินระดับจังหวัดแบบไขว้อำเภอ การพัฒนาทีมโดยประเมินทีมเดียวซึ่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้แต่งตั้ง โดยมีคณะกรรมการจากหัวหน้ากลุ่มงานต่าง ๆ ในสสจ. ซึ่งปัจจุบันเป็นการพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพียงอย่างเดียว และทีมประเมินในระดับจังหวัด ซึ่งแต่งตั้งจากตัวแทนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ตามมาตรฐานแต่ละด้าน ตรวจสอบประเมินซ้ำและรับรองการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า ต้องมีการประเมินซ้ำโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภออย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อนที่ทีมประเมินระดับจังหวัดจะดำเนินการรับรอง ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ บุคลากรไม่เข้าใจเรื่องเกณฑ์ และเกณฑ์บางอย่างมีความยุ่งยาก ต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ⁴

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าการสนับสนุนจากผู้บริหารในเรื่องของการจัดระบบบริการและการบริหารจัดการ ทำให้รพ.สต. สามารถผ่านเกณฑ์การพัฒนาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ อีกทั้งแรงสนับสนุนจากการบริหารจัดการในเรื่องบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา⁵ เช่นเดียวกับการที่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชุมพร มีเจตคติที่ดีต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ⁶

จากปัญหาในการดำเนินการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านมา ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี มีความสนใจที่จะศึกษาว่าบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคิดเห็นอย่างไรกับเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการสนับสนุนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดราชบุรี ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้ให้เป็นประโยชน์ ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่ตอบสนองกับนโยบายของประเทศ และนำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน และการมีสุขภาพดี³

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะคิดในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. แรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ บุคลากรในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือรักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 158 คน

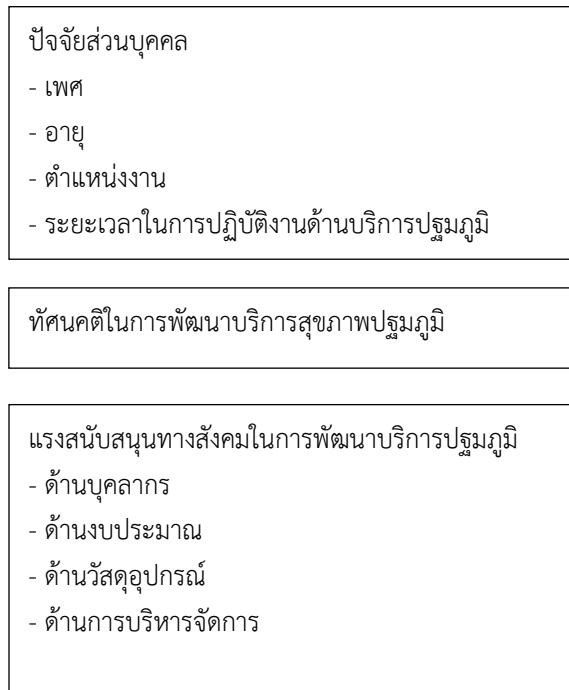
ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ตามแนวคิดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตัวแปรต้น ได้แก่ ทักษะคิดและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตัวแปรตาม ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2566

ขอบเขตด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - พฤษภาคม 2567

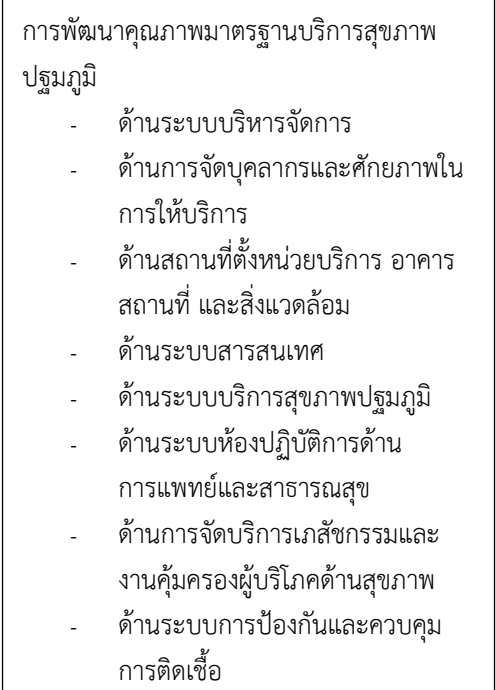
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดเรื่องทักษะคิดของนิวคอมบ์ (Newcomb)⁷ ที่แสดงให้เห็นว่าทักษะคิดทำให้บุคคลมีการแสดงออกของพฤติกรรม 2 ทางคือ ทักษะคิดทางบวก และทักษะคิดทางลบ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ^{8,9,10} โดยเลือกเฉพาะแรงสนับสนุนทางทรัพยากร ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงในการปฏิบัติงาน ดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย รูปแบบการวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จำนวน 79 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน รวม 158 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านบริการปฐมภูมิ โดยมีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ ทัศนคติในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00)¹¹
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ ลักษณะแบบสอบถาม

เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ ความคิดเห็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00)¹¹

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านระบบสารสนเทศ ด้านระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00)¹¹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของเนื้อหา โดยมีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (index of item - objective congruence = IOC) มีค่าระหว่าง .67 - 1.00

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (try out) คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามทัศนคติในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เท่ากับ .71 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .90 และแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี หมายเลข RbPH REC 122/2567 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทุกอย่าง จะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้และทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลในบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ทั้ง 79 แห่ง จำนวน 158 คน พร้อมกับชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสุ่มตัวอย่างและการรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดจนครบตามจำนวน ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับของทัศนคติและแรงสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการทดสอบ ไคสแควร์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 158 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.22 มีอายุระหว่าง 35 – 50 ปี ร้อยละ 47.47 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 50.00 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1 - 15 ปี ร้อยละ 54.43

2. การวิเคราะห์ระดับทัศนคติในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.58$) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21$, $SD = 0.67$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$, $SD = 0.84$) ด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.89$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36$, $SD = 0.83$) ด้านบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.72$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับทัศนคติและแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ทัศนคติ	3.62	0.58	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.21	0.67	ปานกลาง
- ด้านบุคลากร	2.83	0.84	ปานกลาง
- ด้านงบประมาณ	2.98	0.89	ปานกลาง
- ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.36	0.83	ปานกลาง
- ด้านการบริหารจัดการ	3.67	0.72	มาก

3. การวิเคราะห์ระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, $SD = 0.59$) โดยพบว่าพฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.64$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	3.90	0.59	มาก
ด้านระบบบริหารจัดการ	3.78	0.85	มาก
ด้านการจัดการบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	3.76	0.76	มาก
ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร และสถานที่	3.95	0.92	มาก
ด้านระบบสารสนเทศ	3.88	0.79	มาก

พฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	3.78	0.64	มาก
ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์สาธารณสุข	3.87	0.78	มาก
ด้านบริหารจัดการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค	3.97	0.83	มาก
ด้านระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อ	3.99	0.64	มาก

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)
2. ทักษะคนในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.510$, $p = 0.001$) โดยพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในรพ.สต.ที่มีทักษะคนในระดับมากมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับมาก (ร้อยละ 51.98) และบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะคนในระดับกลางมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.79)
3. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 26.288$, $p < 0.001$) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ร้อยละ 73.21) มากกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก (ร้อยละ 37.26) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.780$, $p = 0.003$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.714$, $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 25.728$, $p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 30.129$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคนและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี (n=158)

ปัจจัย	การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ		χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
เพศ				
ชาย	16(28.57)	20(19.61)	1.651	0.199
หญิง	40(71.43)	82(80.39)		
อายุ (ปี)				
< 35	11(19.64)	30(29.41)	3.110	0.211
35 - 50	26(46.43)	49(48.04)		
> 50	19(33.93)	23(22.55)		

ปัจจัย	การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ		χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
ตำแหน่ง				
ผอ. รพ.สต.	31(55.36)	48(47.06)	0.996	0.318
บุคลากรอื่น ๆ	25(44.64)	54(52.94)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)				
< 15	29(51.78)	57(55.88)	0.251	0.882
15 – 30	22(39.29)	37(36.28)		
> 30	5(8.93)	8(7.84)		
ทัศนคติ				
ระดับปานกลาง	43(76.79)	50(49.02)	11.510	0.001*
ระดับมาก	13(23.21)	52(51.98)		
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ระดับน้อย	12(21.43)	4(3.92)	26.288	0.000*
ระดับปานกลาง	41(73.21)	60(58.82)		
ระดับมาก	3(5.36)	38(37.26)		
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านบุคลากร				
ระดับน้อย	20(35.72)	25(24.50)	11.780	0.003*
ระดับปานกลาง	35(62.50)	55(53.93)		
ระดับมาก	1(1.78)	22(21.57)		
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านงบประมาณ				
ระดับน้อย	23(41.07)	17(16.67)	17.714	0.000*
ระดับปานกลาง	28(50.00)	50(49.02)		
ระดับมาก	5(8.93)	35(34.31)		
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุ				
ระดับน้อย	12(21.43)	5(4.90)	25.728	0.000*
ระดับปานกลาง	38(67.86)	49(48.04)		
ระดับมาก	6(10.71)	48(47.06)		
- แรงสนับสนุนทางสังคมด้านบริหารจัดการ				
ระดับน้อย	6(10.71)	1(0.98)	30.129	0.000*
ระดับปานกลาง	33(58.93)	26(25.49)		
ระดับมาก	17(30.36)	75(73.53)		

*p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการอภิปรายตามกรอบแนวคิดทัศนคติและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและแรงสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ดังนี้

1. ทักษะคิดในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.58$) บุคลากรใน รพ.สต. มีความเข้าใจถึงนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ ยอมรับในการเรียนรู้เกณฑ์ และคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา รพ.สต. ให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาคำสัมภาษณ์ ระหว่างความพร้อม และการรับรู้กับทัศนคติในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดตาม พบว่าเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในรพ.สต. มีทัศนคติต่อการพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดตาม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.71$, $SD = 0.44$)¹²

2. แรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับปาน กลาง ($\bar{X} = 3.21$, $SD = 0.67$) ดังนี้ ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.83$, $SD = 0.84$) ด้านงบประมาณอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.89$) ด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36$, $SD = 0.84$) ด้านบริหารจัดการอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.72$) แรงสนับสนุนส่วนใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนจาก รพ.แม่ข่าย และจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรพ. แม่ข่ายจะเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนารพ.สต. ตามเกณฑ์คุณภาพ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์คู่มือและงบประมาณต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการพัฒนารพ.สต. สอดคล้องกับผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล พบว่า การสนับสนุนจากองค์การในด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 0.45$) ด้านงบประมาณ อยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 0.55$) และด้านบุคลากร ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.51$)¹³

3. การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, $SD = 0.59$) จำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านระบบบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.85$) ด้านการจัดการบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 0.76$) ด้านสถานที่ตั้งหน่วย บริการ อาคารและสถานที่อยู่ ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.92$) ด้านระบบสารสนเทศอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.79$) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.64$) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.78$) ด้านบริหารจัดการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.83$) ด้านระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.64$) ทั้งนี้เป็นเพราะนโยบายการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ค่อย ๆ มีการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดการเรียนรู้ตั้งแต่การพัฒนามาตรฐาน PCU มาตรฐาน รพ.สต. ติดตาม และมีระบบพี่เลี้ยงทั้ง ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ที่จะเอื้อให้สามารถพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับผล การศึกษาการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.42$) เพื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการพัฒนาระบบบริการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.13$, $SD = 0.454$)¹³ และสอดคล้องกับผลการศึกษากิจการการจัดการของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.93) จำแนกราย ด้านที่มีคะแนนระดับสูง ได้แก่ การบริหารจัดการแบบบูรณาการ ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.46$) และการสนับสนุนทรัพยากร ($\bar{X} = 2.95$, $SD = 0.23$)¹⁴

4. ทักษะคิดในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.510$, $p = 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทักษะคิดเป็น ความรู้สึกร่างกายในของบุคคลที่มีต่อบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ให้แสดงออกหรือกระทำ

10(14)

การใด ๆ เพื่อสะท้อนความรู้สึกนึกคิดภายในของตัวเราเองในการทำงาน ซึ่งทัศนคติมีทั้งทางบวกและทางลบ ทัศนคติในการทำงานที่ดีจะสร้างบรรยากาศในการทำงานและสร้างความเชื่อมั่นให้ตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีในการพัฒนาให้งานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมองว่าการมีเกณฑ์มาตรฐานเป็นคู่มือและการได้อบรมตามเกณฑ์ทำให้สามารถพัฒนารพ.สต. ให้ผ่านเกณฑ์ได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อม และการรับรู้กับทัศนคติในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อเกณฑ์การประเมินของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.37, p = 0.009$)¹²

5. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 26.288, p < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวกโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต และการปรับตัวของผู้ที่ได้รับ มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ตามแนวคิดที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ด้านการประเมิน หรือทำให้บุคคลมั่นใจว่าตนมีคุณค่า ซึ่งหากต้องการให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายการสนับสนุนจึงเป็นสิ่งจำเป็น¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าการสนับสนุนในภาพรวมของผู้บริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.73, p < 0.001$)⁵

6. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.780, p = 0.003$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคงแรงสนับสนุนเป็นสิ่งที่เอื้อที่จะทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ง่ายขึ้น และพร้อมที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งในเรื่องของบุคลากร สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีระบบภูมิคุ้มกันทำงานดีขึ้นและส่งเสริมให้บุคคลต่อสู้กับปัญหาของแต่ละคน และลดความรุนแรงของปัญหา¹⁵ นอกจากนี้ผลการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัวหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.71, p < 0.001$)⁵

7. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.714, p < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า งบประมาณในการพัฒนารพ.สต. ให้ได้ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความสำคัญอย่างมาก งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเป็นปัจจัยทางอ้อมที่รพ.สต. สามารถนำงบประมาณเหล่านั้นมาปรับปรุงบริการต่าง ๆ ที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าปัจจัยด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัวหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.61, p < 0.001$)⁵

8. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 25.728, p < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์เป็นการช่วยเหลือโดยตรง ที่เอื้อให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ในการทำงานและใช้ในการพัฒนารพ.สต. ให้ผ่านเกณฑ์และแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพบว่าปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัวหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.59, p < 0.001$)⁵

9. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 30.129, p < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ โดยการกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจนและยึดนโยบายเพื่อที่จะไปถึงเป้าหมาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริหารจัดการที่ดี ทั้งด้านคน เงิน สิ่งของ ซึ่งหากรพ.สต. ได้รับการบริหารจัดการที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากร อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถพัฒนารพ.สต. ไปในทางที่ดีและผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร หรือผู้นำองค์กร ซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความสำเร็จขององค์กร เป็นผู้ที่มิบทบาทในการกำหนดนโยบายทิศทางการปฏิบัติงาน และการวางแผนในเรื่องปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรนั้น ผู้บริหารจึงเป็นบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนในภาพรวม ทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ด้านการบริหารจัดการ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับผู้บริหาร จากการศึกษาพบว่า ทศนคติและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารในระดับจังหวัด จึงควรมีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมาย ในการพัฒนารพ.สต. อย่างชัดเจน ทั้งนี้ควรมีการพิจารณาสนับสนุนทั้งในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการให้บริการ

2. ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ต้องมีกลไกและกระบวนการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานงานให้สามารถจัดบริการให้เชื่อมโยงระบบบริการในภาพอำเภอ และใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ในการสร้างพลังในการขับเคลื่อนพัฒนา

3. โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีการจัดทำแผนในการพัฒนารพ.สต.ในเครือข่าย โดยการวิเคราะห์ส่วนขาดหรือส่วนที่ต้องพัฒนาปรับปรุง และให้การสนับสนุน ทั้งด้านวิชาการ การจัดการบริการ วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ ตามความจำเป็นเพื่อให้สามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐาน พร้อมทั้งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการพัฒนาทีมและบุคลากรในหน่วยงานให้มีการทักษะ ความรู้ด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเสริมสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ มีความยั่งยืน

5. บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการเรียนรู้และทำความเข้าใจเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 8 ด้าน เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ผ่านเกณฑ์ เพื่อนำผลที่ได้มาจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ตรงกับความต้องการของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณจิรนาถ บวรธรรมรัตน์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี แพทย์หญิงณิสตา นิธิเศรษฐทรัพย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลบางแพ อาจารย์ดร.วรเดช ช่างแก้ว ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณแพทย์หญิงปาริย์ อารีย์รบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนและเป็นแรงผลักดันในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งคุณนิรมล เกิดอินท์ บุคลากรของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวิชิชากร. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547 - 2558. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน; 2558.
2. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/site/>
3. สำนักวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลง: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. ใน: ประชุมวิชาการมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2; 19 มกราคม 2558; ห้อง Grand Diamond Ballroom นนทบุรี; หน้า 1-15.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. สรุปผลการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2565. ราชบุรี; 2565.
5. ณัฐดนัย โคตรบรรเทา, มกราพันธ์ จุฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564;17(2):645-661.

6. อังคณา ภิโสรมย์. ศศิธร ธนะภพ และกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. ความรู้เจตคติและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2560;10(36):54-65.
7. Newcomb. Attitude [online]. 1854 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <http://www.novabizz.Ace/Attitude.htm>
8. Schaffer MA. Social support. In: Peterson, Bredow TS, editors. Middle range theories, Application to nursing research. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
9. King G, Willoughby C, Specht JA, Brown E. Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. Qual Health Res 2006;16(7):902-925.
10. Jacobson DE. Types and Timing of Social Support. J Health Soc Behave 1986;6(5).
11. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice - Hall; 1981.
12. นพดล นพมณี. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อม และการรับรู้กับทัศนคติในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563;3(1):45-57.
13. สุทิสภา อาภาเกสัช. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6(3):86-95.
14. สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรคศร. 2 พิษณุโลก 2566;10(1):92-105.
15. Cohen, Sheldon, Thomas AW. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin 1985;98(2):310.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรีราช โดยเรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับและหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุ ชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้พิมพ์ ทุกคนรวมถึง ตำแหน่งและสถานที่ของผู้พิมพ์ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) สถานที่ปฏิบัติงาน และ e-mail address
2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการ ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ
3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร ฯ และสามารถส่งวารสารได้ที่ <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/index>
4. การอ้างอิงและบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style
5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้พิมพ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนดการตั้งค่าหน้ากระดาษ ดังนี้

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
 - ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดขีดขอบ, ตัวธรรมดา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดขีดขอบ, 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, กำหนดขีดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดขีดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดขีดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- กรณีศึกษา ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์การวิจัย, สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี), ขอบเขตของการวิจัย (ถ้ามี), กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, อภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี ในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพและตารางสามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอใบหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ได้ ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากขอบภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์ไว้ใต้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับเช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่นำลงตีพิมพ์ 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 ตอบรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้นจะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, ศุภกิจ เจริญสุข. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
4. ประสงค์ ตูจินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริปัญญ์ อรุณ บัญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
5. Rosdahl CB. 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; 93-113.
7. กาญจนา ไชยเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 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 อินทโธ. การดูแลผู้สูงอายุไ้ด้วยระยะสุดท้าย: บทบาททำทหายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(2):5-14.
10. นิชา เจริญศรี, วรลักษณ์ เลิศธรรม, บัณฑิต พรหมรักษา, ลำไย วงลคร, สุฐิตา เดนพรม, พรทิพย์ ปิ่นล่อ, และคนอื่น ๆ. สปีชีร์และการด้อยาต้านจุลชีพของเชื้อ Enterococci ที่พบในสิ่งส่งตรวจจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557;26:117-28.
11. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' Perspectives. J Nurs Educ Pract 2015;5(6):25-30.
12. Wisting, L, Bang, L, Skrinvanrhaug T. 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
13. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปี้ยชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร. [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557];20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
14. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci. [online]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติและยูนิเซฟ. ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2555 [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.unicef.org/Thailand/tha/media_22564.htm
16. World Health Organization. Health topics of breastfeeding [online]. 2016 [cited 2016 July 1]. Available from: URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช

- ชื่อเรื่อง
(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
- ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)
ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....
ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....
- สิ่งที่ส่งมาด้วย
ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)
()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ใบสมัครสมาชิการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

ข้าพเจ้า (นาย,นาง, นางสาวนามสกุล.....
ที่อยู่ที่ต้องการให้ส่งวารสาร
.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ..... E-mail.....
ขอสมัครเป็นสมาชิการวารสารประเภท ☐ สมาชิก 1 ปี ราคา 300 บาท
☐ สมาชิก 2 ปี ราคา 500 บาท
โปรดระบุฉบับที่ต้องการเริ่มต้นรับ.....
☐ มกราคม – มิถุนายน 25.... ☐ กรกฎาคม – ธันวาคม 25....
พร้อมได้ส่ง ☐ ณาณัติ สั่งจ่ายในนาม ฝ่ายจัดการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือ
☐ 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: research@ckr.ac.th

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการส่งวารสาร หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล โปรดแจ้งให้ฝ่ายจัดการ
วารสารทราบด้วย

**** กรุณาถ่ายสำเนาณัติ หรือสำเนากาโอนเงิน มาที่ e-mail: research@ckr.ac.th**



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

