



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

จุดประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการและการพยาบาล ที่แสดงถึงประโยชน์ในด้านการศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาล ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับ การศึกษาและการพยาบาล
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัย ค้นคว้า ทางด้านวิชาการและการพยาบาล ที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic and nursing topics that show benefits in education and nursing practice. The researchers or interested people can use to develop further research or create new knowledge or applied it to benefit
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document that provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร : ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)
มกราคม – มิถุนายน กรกฎาคม – ธันวาคม

Publish : each 6 months (2 per year)
January – June July - December

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

Office : Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj
99 Moo3 Ladbuakhaw sub-district,
Banpong district, Ratchaburi Province 70110
Tel. 032- 330479 - 82
Fax: 032- 330483
Website : www.ckr.ac.th

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ เมืองราชการพิมพ์ อ.เมือง จ.ราชบุรี
โทร. 032-323777, 085-1937279

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN xxxx-xxxx) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจ คุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

**วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช**

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564

ที่ปรึกษา

ดร.พีระนันท์ จีระยังมงคล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.วัลทนี นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองศาสตราจารย์ ดร.อัษฎพร สีหิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา วัฒนา

Family Health International

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์

การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกข์ตา ผดุงยาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายสมคิด รูปงาม

นางสาวสธิรภานต์ ทัวจบ

นางสาววิลาวรรณ ที่ฆวาทิน

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

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

Vol. 1 No.1 January – June 2021

CONSULTANTS

Peeranan Jirayingmongkhol, EdD. RN.

Director of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Sirikul Karuncharernpanit PhD, RN

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu PhD, RN (Assoc. Prof.)

Family Health International

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College

of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN

Faculty of Nursing, Petchaburi Rajabhat University

MANAGEMENT TEAM

Somkid Rupngam M.N.S, RN

Sathirakarn Thuajop M.N.S, RN

Wilawan Tekavatin Technical Cert. (Accountancy)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2564)

สารบัญ

บทความวิชาการ	การพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ : ประสบการณ์ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี	1
บทความวิจัย	ประเมินผลการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562	10
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี	23
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษา โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	37
บทความวิจัย	ผลของการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (Supra-Cuff Suctioning) ต่อการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับ การใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี	51
บทความวิจัย	ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง	64
บทความวิจัย	การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังโดยใช้ การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	76
บทความวิจัย	การบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมในการบริหารงานของผู้นำโรงพยาบาล สามพราน จังหวัดนครปฐม	89
บทความพิเศษ	ระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ของประชาชน แต่ละกลุ่มวัย อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม พ.ศ.2563	99
บทความวิจัย	จากโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย สู่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช	112

สารจากผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องมีการสร้างองค์ความรู้จากการผลิตผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ รวมทั้งจำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายทางวิชาการ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน วารสารวิชาการและการพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ฉบับนี้เป็นฉบับปฐมฤกษ์เพื่อส่งเสริมการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการสู่สาธารณชน รวมทั้งส่งเสริมการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาและการพยาบาลต่อไป วารสารฉบับนี้ได้รับเกียรติและความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการที่ส่งผลงานเพื่อเผยแพร่ วิทยาลัยฯ ขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้ด้วย

บรรณาธิการและคณะทำงานซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ ได้ร่วมกันพัฒนาเพื่อให้ วารสารวิชาการและการพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เป็นวารสารมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานวารสารวิชาการระดับชาติของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) ในโอกาสนี้ขอขอบคุณบรรณาธิการกองบรรณาธิการ คณะกรรมการบริหารวารสารทุกคนที่ทำหน้าที่เป็นคณะผู้จัดทำวารสารวิชาการและคัดเลือกบทความ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการฉบับปฐมฤกษ์นี้...

ดร.พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ วารสารฉบับนี้เป็นวารสารวิชาการและการพยาบาล ฉบับปฐมฤกษ์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของคณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้เห็นความสำคัญของการทำวารสารวิชาการ เพื่อเป็นสื่อกลางในการแบ่งปันองค์ความรู้ทางด้านวิชาการ ผลงานวิจัย และงานสร้างสรรค์ไปสู่สาธารณชนและเป็นแหล่งความรู้ให้กับคณาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา ตลอดจนบุคลากรทั่วไป ซึ่งในช่วงแรกนั้นวารสารยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI โดยคณะผู้ดำเนินการมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้เป็นวารสารวิชาการและการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและอยู่ในฐาน TCI ซึ่งต้องใช้เวลาพัฒนาไม่น้อยกว่า 3 ปี ดังนั้นในการตีพิมพ์บทความจึงดำเนินการตามมาตรฐานวิชาการเพื่อมุ่งเข้าสู่การรับรองในอนาคต เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ได้นำเสนอบทความวิจัยที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วยงานวิจัยของบุคลากรทางการสาธารณสุขและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ทั้งด้านการบริหารงาน การปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลสุขภาพประชาชนในกลุ่มวัยต่างๆ ซึ่งท่านผู้อ่านสามารถเลือกอ่านได้ตามความสนใจ

ในฉบับนี้ยังได้เสนอบทความพิเศษในเรื่อง “จากโรงเรียนผดุงครรภ์อ่อนนาคสู่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช” ซึ่งจะบอกถึงเรื่องราวของสถาบันตั้งแต่เริ่มเป็นโรงเรียนผดุงครรภ์อ่อนนาค ในปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา นับเวลาถึงปัจจุบัน เป็นเวลา 50 ปี แล้ว ประกอบด้วยประวัติความเป็นมา และพัฒนาการที่สำคัญในการจัดการศึกษาจากการผลิตผดุงครรภ์อ่อนนาคมาจนถึงการผลิตพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบันซึ่งทุกอย่างก้าวที่ผ่านมาได้ทั้งร่องรอยแห่งความภาคภูมิใจไว้ในสถาบันและวิชาชีพการพยาบาลและในก้าวอย่างสู่ออนาคต

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

บรรณาธิการ

การพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่: ประสบการณ์ ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

Improving the quality of cardiopulmonary resuscitation in the adult intensive care unit: Experience in Banpong Hospital; Ratchaburi Province

เสาวลักษณ์ เอี่ยมละออ*

Saowaluck Eamlaor*

* หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

*Head of Adult Intensive Care Unit, Banpong Hospital, Banpong District, Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับการรักษาตัวในหน่วยผู้ป่วยวิกฤติอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องหากทำหน้าที่ประสานกันเป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่เป็นมาตรฐานย่อมทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพในงานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำ และอัตราการรอดชีวิตน้อยมาก จึงมีแนวคิดในการพัฒนาทักษะและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ โดยดำเนินการพัฒนาใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังการป้องกันและการรักษาภาวะวิกฤติก่อนหัวใจหยุดเต้น 2) การพัฒนาระบบการขอความช่วยเหลือจากทีมที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วภายในโรงพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดหน้าที่ในทีมที่ชัดเจน 3) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การพัฒนาด้านการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 5) ระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการพัฒนาระบบการ พบว่า ระหว่างปี 2561 – 2563 อัตราการรอดหลังทำการช่วยฟื้นคืนชีพ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ ในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 20.75 ปี 2561 ร้อยละ 23.08 และปี 2563 ร้อยละ 30.0 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการรอดหลังทำการช่วยฟื้นคืนชีพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยวิกฤติ

Abstract

Cardiopulmonary resuscitation in critical patients admitted to the Critical Care Unit in a timely and effective manner. It is an important factor affecting the survival of the patient. Relevant medical personnel and nurses, if they act together effectively in a team and provide systematic care for the patient with standardized care, the survival rate of patients is higher without complications. This article aims to present experience in improving the quality of Cardiopulmonary Resuscitation in adult intensive care units, In Banpong Hospital. In the past, it was found that critically ill patients with cardiac arrest from the ward when transferred into the ICU had repeated cardiac arrest and had

a very low survival rate. Therefore, there has been an idea for the development of skills and processes related to advance cardiopulmonary resuscitation in the adult intensive care unit. By developing in 5 steps which are 1) Developing surveillance guidelines Prevention and Treatment of Preventive Cardiac Arrest. 2) Developing a rapid response from Buddy's team within the hospital. 3) Development of knowledge and skills of personnel for effective cardiopulmonary resuscitation 4) Development of efficient use of various resources 5) Continuous supervision system and teamwork result. It found that during the year 2018 - 2020, the survival rate after cardiopulmonary resuscitation tended to increase every year. That is, in 2017, it was 20.75% in 2018, it was 23.08 %. and in 2020, it was 30.0%. It showed that the survival rate after resuscitation tended to increase every year.

Keyword: Quality Improvement, cardiopulmonary resuscitation, critical patients

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest)¹ ผู้ป่วยมักเสียชีวิตทันทีหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ² ดังนั้นการเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ที่รวดเร็วเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย³ ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation: CPR) คือการช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นทำให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจหรือมีการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและเกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะสมองกับหัวใจ จนกระทั่งระบบต่างๆ กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ เป็นการป้องกันการเสียชีวิตหรือเนื้อเยื่อได้รับความเสียหายอย่างถาวรจากการขาดออกซิเจน⁴ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเกิดขึ้น การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเร่งด่วนถูกต้องและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้⁵ หัวใจของการดูแลรักษาภาวะนี้คือ ต้องค้นหาและรักษาสาเหตุการ

เกิดหัวใจหยุด ร่วมกับปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation, CPR) อย่างทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพ โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนวิธีที่เป็นมาตรฐาน⁶ และบุคคลที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยก็คือ ทีมบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่จะทำหน้าที่ประสานกันในทีมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาที่สามารถช่วยชีวิตบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลทุกคนควรพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยที่นอกจากจำเป็นต้องพัฒนาด้านความรู้และทักษะแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลสัมฤทธิ์ต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ทีมดูแลผู้ป่วยและระบบการจัดการที่ดี⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลมักจะเป็นผู้พบเหตุการณ์คนแรก เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าพยาบาลมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ย่อมทำให้อัตรารอดชีวิตสูงขึ้นโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน⁸

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ประสพการณ์ในการพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพในงานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) จากหอผู้ป่วยในสามัญเมื่อย้ายเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำและอัตราการรอดชีวิตน้อยมากผู้เขียนในฐานะหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่จึงได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง โดยดำเนินการตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพระบบการทำงาน และศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยให้สูงขึ้น

การช่วยฟื้นคืนชีพในหอผู้ป่วยวิกฤติ

จากการศึกษา พบว่า การทำการช่วยฟื้นคืนชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตินั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อย⁹ แต่อัตราความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) แตกต่างกันอย่างมากระหว่างอัตราความสำเร็จครั้งแรกที่ 16.8-44% และการรอดชีวิตในระยะยาวจนถึงการออกจากโรงพยาบาลที่ 3.1-16.5%¹⁰ จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่า ความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยบุคลากรทางการแพทย์ยังมีคุณภาพไม่ดีพอ ทั้งการกดหน้าอก โดยกดยังไม่ลึกพอ ไม่เร็วพอ และวางมือผิดตำแหน่ง¹¹ นอกจากนั้นยังพบว่าสาเหตุอื่นๆ อีก เช่น การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การสื่อสาร การใช้แบบบันทึกการช่วยชีวิต การบริหารยา การไม่ทราบแนวทางปฏิบัติ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ การขาดประสพการณ์ ขาดการฝึกทบทวนอย่าง

สม่ำเสมอ¹² ความรู้และทักษะในการกู้ชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลควรมีการอบรมและทบทวนอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่มีผลต่อความรู้คือ ความถี่ในการฝึกอบรม และความถี่ในการปฏิบัติการ¹³ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย พบว่ามีหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาดังแต่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจนถึงเมื่อได้รับการช่วยเหลือ การกระตุ้นหัวใจ (defibrillation) ด้วยไฟฟ้า ทำได้ภายในเวลา 4 นาทีและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advance cardiopulmonary resuscitation) ทำได้ภายในเวลา 8 นาที รวมถึงการกดอกหรือการนวดหัวใจ¹⁴ ดังนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) จึงเป็นหัวใจหลักสำคัญอีกหนึ่งอย่าง ที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยวิกฤติต้องมีความรู้ ทักษะ และมีความพร้อมอยู่เสมอจึงจะช่วยฟื้นคืนชีพให้ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วดังห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival) ซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการเฝ้าระวังการป้องกันและการรักษาภาวะวิกฤติก่อนหัวใจหยุดเต้นโดยการสังเกตติดตามอาการอย่างใกล้ชิด 2) การรับรู้และขอความช่วยเหลือจากระบบฉุกเฉินและได้รับการช่วยเหลือจากทีมที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วภายในโรงพยาบาล 3) การช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพทันที การประสานงานของสหวิชาชีพที่ช่วยเหลืออย่างมีระบบและราบรื่นรวมถึงการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillation) อย่างรวดเร็วและทำร่วมกับ การกดหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและการดูแลหลังหัวใจหยุดเต้นที่มุ่งเน้นระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีมจะทำให้ผู้ป่วยกลับมามีชีวิตที่ยืนยาว

อย่างมีคุณภาพ¹⁵

โรงพยาบาลบ้านโป่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 350 เตียง ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 1,363 ราย แผนกผู้ป่วยในสามัญเฉลี่ยวันละ 48 ราย อัตราครองเตียง 61.39 % อัตราผู้ป่วยในตาย 3.47 %¹⁶ ปัญหาในการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลบ้านโป่งนั้น จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า 1) เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการทำ CPR 2) อัตรากำลังใจไม่เพียงพอ 3) ยาและอุปกรณ์ไม่ครบ 4) อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน เช่น laryngoscope ไฟไม่สว่าง มีเครื่อง defibrillator ไม่ครบทุกหอผู้ป่วย เป็นต้น

จากการทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลบ้านโป่งจากสถิติปี 2561 ถึง 2563 มีจำนวน 53, 39, 30 รายตามลำดับโดยผู้ป่วยที่มีอาการหนักเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) จากหอผู้ป่วยในสามัญ เมื่อย้ายเข้ามาในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ชั่ว ทำให้อัตราการรอดชีวิตน้อยมากรวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (sudden cardiac arrest) จากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ได้แก่ ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นแผ่วระรัว (ventricular fibrillation, VF) ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia, VT) พบว่าการทำการแก้ไขภาวะหัวใจผิดปกติกลับเป็นปกติด้วยการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (early defibrillation) ตามข้อบ่งชี้ ทำให้มีผู้รอดชีวิตสูงขึ้น โดยในปี 2560 อัตราตาย ร้อยละ 19.75 และยังพบว่าแบบประเมินผลการช่วยฟื้นคืนชีพ

ไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพได้อย่างชัดเจนเนื่องจากแบบประเมินเป็นของเดิม ประเมินเพียงความพร้อมและทีมบัดดี้ (buddy) เท่านั้น จึงได้มีการปรับปรุงให้สามารถสะท้อนถึงผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์

การพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

การพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพงานห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่โรงพยาบาลบ้านโป่งนั้นถือเป็นงานที่สำคัญประการหนึ่งที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย คือการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ดียิ่งขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการไว้ดังนี้ คือ

1. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยจากการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มมากขึ้น
2. บุคลากรและทีมงานสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามมาตรฐานที่ 4 นาที และ 8 นาที
3. อุปกรณ์ในรถฉุกเฉินมีครบตามมาตรฐานที่กำหนดและอยู่ในสภาพพร้อมใช้
4. บุคลากรในหน่วยงานผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ทุกปี ร้อยละ 100 โดยการดำเนินการในรอบแรกปี 2560 ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ประการ ได้แก่

1. การพัฒนาระบบการดำเนินงานการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาล โดยมีการแบ่งโซนในโรงพยาบาลบ้านโป่ง และจัดทำแนวทางการช่วยเหลือแต่ละโซน ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย และกำหนดให้มีทีมช่วยเหลือ ซึ่งเรียกว่า ทีมบัดดี้

ซี พี อาร์ (buddy CPR) ในแต่ละโซนพร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละตำแหน่ง

2. การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร โดยจัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advance CPR) พยาบาลวิชาชีพ ปีละ 1 ครั้ง

3. การพัฒนาด้านความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ กำหนดมาตรฐานรถฉุกเฉิน (emergency) ตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกเวอร์ ส่วนกล่องยาฉุกเฉินให้มีรูปแบบเดียวกัน ในการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละครั้ง และจัดหาเครื่องกระตุกหัวใจ (defibrillator) ให้ครบทุกหอผู้ป่วยสำคัญและกำหนดโซนสำหรับนำเครื่องกระตุกหัวใจไปยังหอผู้ป่วยที่ไม่มีเครื่องกระตุกหัวใจเพื่อความเร็วในการช่วยชีวิตผู้ป่วย

จากการประเมินผลการดำเนินการรอบแรกพบปัญหาในการปฏิบัติหลายประการ เช่น ไม่สามารถวัดประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ขาดการประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) การใช้แบบประเมินวอนนิง ซายน์ (warning sign) ค่อนข้างน้อยทำให้การช่วยเหลือเกิดความล่าช้า อีกทั้งอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และยังขาดทักษะและประสบการณ์ในด้านต่างๆ เช่น การกดหน้าอก การเปิดทางเดินหายใจขั้นพื้นฐาน การช่วยหายใจขั้นพื้นฐานไม่ดีพอ สับสนในบทบาทหน้าที่ว่าต้องทำอะไรบ้าง เป็นต้น จึงส่งผลให้เมื่อต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ในหอผู้ป่วยวิกฤติยังขาดประสิทธิภาพจึงได้พัฒนาการใช้บัดดี้ ในแต่ละโซน เพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การดำเนินการในวงรอบต่อมาในปี 2561-2563 เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการข้างต้น จึงมีการปรับกระบวนการเพิ่มเติมใหม่โดยยึดแนวทางของห่วงโซ่การรอดชีวิต ตามแนวทางการช่วยชีวิต ค.ศ. 2015 ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังการป้องกันและการรักษาภาวะวิกฤตก่อนหัวใจหยุดเต้นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยปรับใบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR record) ใหม่ให้ครอบคลุมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงเพื่อประโยชน์ในการประเมินผู้ป่วยและสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

2. การพัฒนาระบบการขอความช่วยเหลือจากทีมที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วภายในโรงพยาบาล โดยร่วมกับทีมปรับโซนการเป็น buddy CPR ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น พร้อมทั้งทบทวนกำหนดหน้าที่ในทีม เพื่อป้องกันความสับสนในบทบาทของทีมนลดการทำซ้ำซ้อนและกำหนดให้เรียกโค้ด บัดดี้ ซี พี อาร์ (code buddy CPR) ทุกครั้งที่ต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

3. การช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพทันที ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ดำเนินการดังนี้

3.1 จัดระบบการประสานงานของสหวิชาชีพที่มาช่วยเหลือเพื่อความคล่องตัวในการทำงาน

3.2 พัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยจัดอบรมใน 2 ลักษณะ คือ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพ

ขั้นพื้นฐาน (basic cardiopulmonary resuscitation) ให้กับบุคลากรอื่นภายในทีม ปีละ 1 ครั้ง และจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advance cardiopulmonary resuscitation) ให้กับพยาบาลวิชาชีพปีละ 1 ครั้ง

3.3 การพัฒนาด้านการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพโดยกำหนดมาตรฐานรถฉุกเฉิน Emergency และกล่องยาฉุกเฉินให้มีรูปแบบเดียวกัน และกำหนดให้ตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกเวอร์

4. การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillation) อย่างรวดเร็วร่วมกับการกดหน้าอกอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการจัดหาเครื่องปั๊มหัวใจอัตโนมัติ (auto pump) ตามจุดที่กำหนดได้แก่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและจัดอบรมการใช้เครื่องปั๊มหัวใจอัตโนมัติ ให้แก่แพทย์และพยาบาล

วิชาชีพเมื่อเดือนกันยายน 2562

5. เน้นระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีมจะทำให้ผู้ป่วยกลับมามีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพโดยมีขั้นตอนคือการค้นหาสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น, การประเมินสัญญาณชีพ, การให้ยาเพิ่มความดันโลหิตซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องที่มีผลต่อการรอดชีวิตระยะยาว

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน ในวงรอบ 3 ปี คือระหว่างปี 2561 – 2563 พบว่าในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่มีการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งสิ้น 122 ราย จำแนกเป็นในปี 2561 จำนวน 53 ราย ปี 2562 จำนวน 39 ราย และในปี 2563 จำนวน 30 ราย โดยมีการแสดงผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดังมีรายละเอียดตามร่างที่ 1 ข้างล่างนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่และผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

รายการ	ปี 2561 (ราย)	ปี 2562(ราย)	ปี 2563 (9เดือน) (ราย)
ยอดผู้ป่วยทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	53	39	30
ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)	VF/pulses VT = 17 AS = 7 PEA = 17 ไม่ทราบ = 12	VF/pulses VT = 9 AS = 2 PEA = 24 ไม่ทราบ = 4	VF/pulses VT = 11 AS = 10 PEA = 7 ไม่ทราบ = 2

ผลจากการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่าในระหว่างปี 2561 – 2563 อัตรารอดหลังทำการช่วยฟื้นคืนชีพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีคือพบว่ามีอัตราอดชีวิตหลังทำการช่วยฟื้นคืนชีพคิดเป็นร้อยละ 20.75, 23.08 และ 30.0 ตามลำดับ และกระบวนการในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องมีแนวโน้มในการพัฒนาที่ดีขึ้นทุกปี โดยพบว่า การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้นภายใน

4 นาที ทำได้ร้อยละ 100 และช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายใน 8 นาที ทำได้ ร้อยละ 100 ทั้ง 3 ปี ร้อยละของแพทย์ที่เข้าร่วมทีมการช่วยฟื้นคืนชีพภายใน 4 นาที คิดเป็น ร้อยละ 86.79, 89.74 และ 93.33 ตามลำดับ โดยอัตราเฉลี่ยของระยะเวลาที่แพทย์มาถึงก็มีแนวโน้มที่รวดเร็วขึ้น คือ เฉลี่ยเวลาที่มาถึงหอผู้ป่วยและช่วยปฏิบัติการฟื้นคืนชีพเท่ากับ 3.48 นาที, 2.85 นาที และ 2.12 นาทีตาม

ลำดับ เช่นเดียวกับทีมบัดดี้ (buddy) ที่มาภายใน 4 นาที ร้อยละ 96, 100 และ 100 ตามลำดับ รถฉุกเฉินมีการตรวจสอบความพร้อมใช้งาน ร้อยละ 100 ทั้ง 3 ปี เครื่อง defibrillator มีการตรวจสอบความพร้อมใช้งานเสมอ ร้อยละ 40 50.69 และ 76.50 ตามลำดับ สำหรับเทคนิคพื้นฐานในการช่วยชีวิต พบว่า กตหน้าอกทันทีที่ได้ ร้อยละ 100 ทั้ง 3 ปี และการกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillation) ภายหลังพบภาวะหัวใจห้องล่างเต้นแผ่วระรัว (ventricular fibrillation, VF) (0-1 นาที) คิดเป็น ร้อยละ 88.24, 88.89 และ 90.91 ตามลำดับดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 2 ข้างล่างนี้

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดผลการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ ระหว่าง ปี 2561-2563

รายการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (9เดือน)
อัตราการรอดหลังทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) (ร้อยละ)	20.75 (11/53)	23.08 (9/39)	30.0 (9/30)
ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้นภายใน 4 นาที (ร้อยละ)	100 (53/53)	100 (39/39)	100 (30/30)
ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายใน 8 นาที (ร้อยละ)	100 (53/53)	100 (39/39)	100 (30/30)
แพทย์มาภายใน 4 นาที (ร้อยละ)	86.79 (46/53)	89.74 (35/39)	93.33 (28/30)
เวลาเฉลี่ยแพทย์มาถึง (นาที)	3.48	2.85	2.12
ทีมบัดดี้ (buddy) มาภายใน 4 นาที (ร้อยละ)	96.0 (24/25)	100 (34/34)	100 (27/27)
/ไม่ตาม	28	5	3
รถฉุกเฉินมีการตรวจสอบความพร้อมใช้งาน (ร้อยละ)	100	100	100
Defibrillator มีการตรวจสอบพร้อมใช้งานเสมอ (ร้อยละ)	40	50.69	76.50
ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)	53	39	30
	VF/pulses VT = 17	VF/pulses VT = 9	VF/pulses VT = 11
	AS = 7	AS = 2	AS = 10
	PEA = 17	PEA = 24	PEA = 7
	ไม่ทราบ = 12	ไม่ทราบ = 4	ไม่ทราบ = 2
กตหน้าอกทันที (ร้อยละ)	100 (53/53)	100 (39/39)	100 (30/30)
ทำการช็อกไฟฟ้าหัวใจ (defibrillation) หลัง VF (0-1นาที) (ร้อยละ)			

ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ได้แก่

1. นโยบายของผู้บริหารที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานในภาพรวมโดยขับเคลื่อนทั้งองค์กร เพราะระบบการทำงานจะมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมและการช่วยเหลือกันอย่างทันทั่วทั้ง
2. ความพร้อมในการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบ Buddy ที่ใช้ในการดำเนินงานหากทีมไม่พร้อม ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานได้
3. การส่งเสริมการฟื้นฟูความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่พยาบาลทุกคนในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพราะความรู้และ

ทักษะนั้นหากไม่มีการนำมาใช้ ก็อาจเสื่อมลงไปส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติงานได้

บทสรุป

การพัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ต้องมีการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังการป้องกันการรักษาภาวะวิกฤติก่อนหัวใจหยุดเต้น การพัฒนาระบบการขอความช่วยเหลือจากทีมที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วภายในโรงพยาบาลการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพการพัฒนาการใช้ทรัพยากรต่างๆ รวมถึงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการทำงานเป็นทีม สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะนำไปสู่คุณภาพการพยาบาลที่จะส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา

เอกสารอ้างอิง

1. เอมอร ยอดรักษ์, ญัฐริกา แซ่แต้, สุริพร ศิริยะพันธ์ และสุกัญติมา ทวีทอง.การพัฒนาแบบการจัดการทีมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลยะลา.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563 ;7 (1) : 169-183.
2. ปิยะสกล สกลสัตยาทร. คำนิยม. ในโสภณ ฤกษ์ณะรังสรรค์ และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี: AED). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บจก.ปัญจมิตรการพิมพ์, 2559: 3-10.
3. American Heart Association. CPR & First Aid Emergency Cardiovascular Care. Statistical Update. 2017: [cited 2020 November, 17]. Available from: http://www.cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/General/UCM_477263_Cardiac-Arrest-Statistics.jsp
4. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์สภากาชาดไทย.การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: บริษัท นิเวศธรรมดาการพิมพ์ จำกัด; 2563.
5. ปิยดา จันทรกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.วารสารวิชาการแพทยเขต 11.2562; 33(2): 339-351.

6. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช. ภาวะหัวใจหยุดและการช่วยชีวิต. [อินเทอร์เน็ต]2563. [สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563]. สืบค้นจาก: https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class02/B5_311_241/CPR/index.html
7. บุชบา ประสารอธิคม. การพัฒนารูปแบบการอบรมการฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2560; 29(1):128-140.
8. พลพันธ์ บุญมาก และสุหทัยา บุญมาก. การกู้ชีวิตสำหรับผู้ใหญ่.ศรีนครินทร์เวชสาร. 2555; 27(1): 94-108.
9. Kingsley Ufuoma Tobi and Frederick EbegueAmadasun. Cardio-pulmonary resuscitation in the intensive care unit: An experience from a tertiary hospital in Sub-Saharan Africa Niger Med J. 2015 Mar-Apr; 56(2): 132–137.doi: 10.4103/0300-1652.150694 PMID: PMC4382604 PMID: 25838630
10. Karetzky M, Zubair M, Parikh J. Cardiopulmonary resuscitation in intensive care unit patients. Immediate and long term survival. Arch Intern Med. 1995;155:1277–80. [PubMed][Google Scholar]
11. สุภามาต ผาติประจักษ์.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการกวดหน้อกในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2558 ;35(1) : 119-134.
12. พัลลภ บุญเดช,สุหทัยา บุญมาก, มลธิรา ศิริสม, ดวงเนตร ลิตู, พลพันธ์ บุญมาก และขวัญทิพา ประวันเนา.ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในห้องผ่าตัด: ปัญหาการดูแลที่พบในส่วนห้องวิสัญญีพยาบาล.วิสัญญีสาร.2563; 46(2) : 96-101.
13. พลพันธ์ บุญมาก, สุหทัยา บุญมาก, วนิดา จงอรุณงามแสง และ กชภา มหารุ่งเรืองรัตน์.ความรู้ในการกู้ชีพขั้นสูงของแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2552; 24(4): 296-301.
14. ธวัช ชาญชญาณนท์, ปิยวรรณ สุวรรณวงศ์ และศศิกันต์ นิมมานรัชต์. ผลของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร.2554; 29(1) :39-49.
15. โสภณ กฤษณะรังสรรค์, จรียา สันตติอนันต์, รัชนี แซ่ลี่ [บรรณาธิการ]. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ. 2015 : ACLS provider manual พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ปัญญามิตร การพิมพ์, 2560.
16. โรงพยาบาลบ้านโป่ง.ข้อมูลสถิติการรักษาพยาบาลรายเดือน ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564). (เอกสารอัดสำเนา).

ประเมินผลการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562

Evaluation of the Nakhon Pathom Province Health Plan 2019

ดิเรก ลิขิตปิณโย*

Direk Likitpinyo*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

* Nakhon Pathom Provincial Public Health Office, PhraPathom Chedi Sub-district, Mueang District,
Nakhon Pathom Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ ใช้วิธีการศึกษา Documentary research มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 โดยใช้รูปแบบชิป (CIPP Model) เป็นกรอบการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและรายงานผลการดำเนินงานปี 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหาผลการศึกษาด้านบริบทพบว่าแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐมมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 แผนจังหวัด และปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ด้านงบประมาณ พบว่าจัดเป็นค่าใช้จ่ายการประชุมจัดทำแผนเป็นเงิน 78,400 บาท และภาพรวมงบประมาณที่บรรจุในแผนสุขภาพจังหวัดภายใต้ยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน รวม 65 โครงการ เป็นเงิน 10,117,956 บาท ผลการดำเนินงานภาพรวม 55 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 81.82 เมื่อพิจารณารายยุทธศาสตร์พบว่า ด้านบุคลากรผ่านเกณฑ์ทุกข้อ รองลงมา คือ ด้านบริหารด้วยธรรมาภิบาลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 91.67 ด้านบริการผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85.71 และด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.33

ข้อเสนอแนะ คือ (1) ควรพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้มีศักยภาพในการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไข (2) มีผู้รับผิดชอบประสานกิจกรรมกับหน่วยงานตามกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน บูรณาการจัดทำแผนร่วมกัน (3) สร้างบรรยากาศความร่วมมือทำงานเป็นทีม เพื่อลดความซ้ำซ้อนและประหยัดทรัพยากร (4) ระดมทุนโดยการพัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย นำมาจัดบริการประชาชนให้เกิดประโยชน์อย่างเหมาะสม (5) อีกทั้งควรมีการประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณแต่ละแผนงาน

คำสำคัญ: ประเมินผลการจัดทำแผนสุขภาพ, CIPP Model

Abstract

The main objective of this documentary research was to evaluate the Nakhon Pathom Health Plan 2019. The study employed CIPP evaluation model, which consists of context, input, process, and product frameworks for the evaluation. Data was obtained from annual performance report of the year 2019 and relevant documents, and was analyzed using descriptive statistics and content analysis methods. Results were revealed as follows. In the context framework, the study found that the NakhonPathom Health Plan 2019 was corresponded with Four Areas Strategic Plan of the Ministry of Public Health, Health Plan of the Regional Health Office 5, Provincial Plan and

health problems in the area. In term of budget, the cost of conducting the meetings was 78,400 Baht for the outcome of planned 65 projects, with allocated capital budget of 10,117,956 Baht. All projects could be included into the Provincial Health Plan under the Strategic Four Areas toward Excellence. In the product framework, the study found that of all 55 indicators, 81.82 % of them were passed. When considering by strategic issue: every criteria or standard under the staff issue was passed; 91.67 % of good governance criteria was passed; 85.71 % of service criteria was passed; and 58.33 % of health promotion, disease prevention and consumer protection criteria was passed.

Based on the results, it was recommended that (1) human resource development, particularly on the aspects of problem identification and problem solving ability should be conducted. (2) Activities implemented by multiple agencies but toward the same goal should be coordinated, integrated into the same plan and it should be performed by officially appointed coordinator. (3) Team working atmosphere among staff from different agencies should be enhanced to reduce duplication and make better use of resources. (4) Mobilization of resources from network partners through collaboration development attempts to make better services to people should also be conducted. (5) Every planned program must be appraised its budget efficiency

Keywords: Evaluation of the Province Health Plan, CIPP Model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเป็นหน่วยงาน ที่ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของประชาชนใน ส่วนภูมิภาคโดยยึดหลักการบริหารจัดการกิจการ บ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาล (Good Governance) เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตั้งมั่นอยู่บนหลักการบริหารงานที่เที่ยงธรรม สุจริต โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นกลไก สำคัญในการบริหารราชการแผ่นดินให้สามารถ ขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผล อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน ดำเนินงานให้มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และ วิธีการทำงาน เพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมัยใหม่

ทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการ คล่องตัว รวดเร็ว บริหารราชการเพื่อบรรลุเป้าหมายเกิดผลสัมฤทธิ์ ต่อภารกิจของรัฐ¹ซึ่งหลักการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ เน้นวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานของ องค์กร ช่วยให้การบริหารการปฏิบัติงานอย่าง เหมาะสม มีทิศทางในการปฏิบัติงาน มีระบบการ ประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ² นอกจาก นั้นการจัดทำแผนสุขภาพต้องคำนึงถึงสถานการณ์ ด้านสุขภาพปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงและซับซ้อนมากขึ้น และต้องสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้าน สาธารณสุข) โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)
2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ
4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)³

ปัจจุบันระบบสุขภาพไทย กำลังเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัดไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ การวางแผนยุทธศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการเตรียมการรองรับกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น เพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานให้แก่หน่วยงานซึ่งในปีงบประมาณ 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ประจำปี

พร้อมทั้งจัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นทิศทางในการดำเนินงานติดตาม กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาคในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดำเนินงานจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป โดยศึกษาประเมินผลด้านบริบทด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตของการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam)⁴ โดยนำมาประยุกต์ในกรอบแนวคิดในการทำวิจัย การประเมินผลการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 ดังภาพที่ 1

ด้านบริบท (Context Evaluation)	ด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation)	ด้านกระบวนการ (process)	ด้านผลผลิต (product evaluation)
- เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์/แผนยุทธศาสตร์ - แผนสุขภาพเขตสุขภาพที่ 5 - แผนจังหวัดนครปฐม - สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดนครปฐม	- ความพร้อมด้านบุคลากร - ความพอเพียงด้านงบประมาณ	- ตรวจสอบกิจกรรม - ขั้นตอนวางแผน - ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน - ขั้นตอนการตรวจสอบการดำเนินการ . - ขั้นตอนการปรับแผน	- วัดผลตามตัวชี้วัดการดำเนินงานของ จังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 จากการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ - ระดับกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย ใช้วิธีการศึกษา Documentary research ประเมินตามรูปแบบซีป (CIPP Model)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ศึกษาวิเคราะห์จากเอกสารรายงาน ตามกรอบการประเมิน CIPP Model ประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต ดังนี้

1. การประเมินด้านบริบท (context evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินความสอดคล้องของเป้าประสงค์ของแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์กับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนสุขภาพเขตสุขภาพที่ 5 แผนจังหวัดนครปฐมและสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดนครปฐม

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินการ เพื่อประเมินปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินความพร้อมด้านบุคลากร และความพอเพียงด้านงบประมาณ

3. การประเมินด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลกระบวนการที่ใช้ดำเนินการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดทำแผนสุขภาพว่า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด โดยประเมินจากความเหมาะสมตามขั้นตอนการดำเนินการ ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน ขั้นตอนการตรวจสอบการดำเนินการ และขั้นตอนการปรับปรุง

4. การประเมินด้านผลผลิต (product evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนสุขภาพและนำไปปฏิบัติ วัดผลตามตัวชี้วัดของประเด็นยุทธศาสตร์ที่กำหนดอยู่ในแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการกำหนดให้ดำเนินงานในจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 โดยการประเมินผลตัวชี้วัดตามการผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพโดยกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง และมีการเสนอข้อมูลผ่านคณะกรรมการวางแผนและประมวลผลสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และมีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผ่านระบบ Health Data Center (HDC) เพื่อรายงานกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 5

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562,⁵ แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562⁶ และเอกสารการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562⁷ ดังนี้

1. กำหนดเอกสารสำคัญที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุม และตอบสนองวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2. กำหนดแหล่งข้อมูล เพื่อให้ทราบว่ามีแหล่งข้อมูลอยู่ที่ไหน มีขอบเขตเท่าไร เป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ และพิจารณาว่าแหล่งข้อมูลนั้น ๆ สามารถที่จะให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนหรือไม่

3. ประสานงานส่วนเกี่ยวข้องในการรวบรวมเอกสาร

4. ออกแบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจากเอกสารที่รวบรวม

5. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ให้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เอกสารจากแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562, แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562, เอกสารการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562 และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมของกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินด้านบริบท

การประเมินด้านบริบท (Context evaluation) เป็นการประเมินบริบทของแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 พบว่ามีความสอดคล้องระหว่างประเด็นยุทธศาสตร์เป้าประสงค์ของแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐมกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขแผนเขตสุขภาพที่ 5 แผนจังหวัดนครปฐมและสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครปฐม

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรและปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณ เสนอตามลำดับ ดังนี้

2.1 ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรใน

การจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐมประจำปี 2562 มีบุคลากรร่วมจัดทำแผน โดยการออกหนังสือเชิญร่วมประชุมตามบทบาทหน้าที่/งานที่รับผิดชอบ ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุขทั้ง 7 อำเภอในจังหวัดนครปฐม ผู้รับผิดชอบงาน/หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหมด 290 คน เมื่อพิจารณาในแต่ละระดับหน่วยงานพบว่า เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 44.48 รองลงมาปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 21.03 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 14.83 โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 13.10 และน้อยที่สุดโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.57 และเมื่อพิจารณาตามตำแหน่งผู้เข้าร่วมประชุมพบว่า มีบุคลากรตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 59.66 รองลงมาตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 19.66 ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 12.76 นอกจากนี้เป็นตำแหน่งเภสัชกร นิติกร และแพทย์/ทันตแพทย์

2.2 ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณ

ในการประชุมจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม

ประจำปี 2562 มีการตั้งงบประมาณในการดำเนินงานตามโครงการจัดทำแผนบูรณาการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 จำนวนเงิน 78,400 บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

สำหรับปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณที่บรรจุอยู่ในแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ด้าน รวมทั้งหมด 65 โครงการ จำนวนเงิน 10,117,956 บาท โดยกลุ่มการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและการบริการ 38 โครงการ ใช้งบประมาณมากที่สุด จำนวน 7,681,336 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.92 ของงบประมาณทั้งหมด รองลงมาคือ กลุ่มแผนด้านการพัฒนาองค์กรและบุคลากร 5 โครงการ จำนวนเงิน 1,377,050 บาท, กลุ่มแผนด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีจำนวนโครงการมากที่สุด 21 โครงการ จำนวนเงิน 960,170 บาท และแผนการด้านพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งและยั่งยืน 1 โครงการ จำนวน 99,400 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.61, 9.49 และ 0.98 ตามลำดับ

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ

การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่าในกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 มีการเสนอโครงการจัดทำแผนบูรณาการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 โดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลัก และกลุ่มงานอื่นๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เป็นเจ้าภาพร่วม

1) ขั้นการวางแผน มีการเชิญผู้รับผิดชอบงานแผนระดับตำบล อำเภอและจังหวัด

ร่วมประชุมชี้แจงเตรียมการ 1 ครั้ง ในวันที่ 15 สิงหาคม 2561 เป็นการชี้แจง เชื่อมโยงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดนครปฐม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม โดยผู้บริหารทุกระดับในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน

2) ขั้นการดำเนินงานตามแผน มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง จัดประชุมทำแผน ประเด็นหลักตามกรอบยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน จำนวน 3 ครั้ง ระหว่างวันที่ 21-28 สิงหาคม 2561 แต่แต่ละครั้งจะจัดประชุมตามประเด็นงาน มีเจ้าภาพซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานในแต่ละกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้กำหนดวันและกลุ่มเป้าหมายการประชุม แจ้งกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข เพื่อจัดแผนและออกหนังสือเชิญประชุม พิจารณาเห็นชอบแผนสุขภาพ 1 ครั้งในวันที่ 3 กันยายน 2561 ประชุมทบทวนแผนให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) 2 ครั้ง ในวันที่ 5 และ วันที่ 7 กันยายน 2561 ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดแผนสู่ระดับอำเภอ 1 ครั้ง ในวันที่ 26 กันยายน 2561 โดยเชิญผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ร่วมประชุมรับฟังการชี้แจง

3) ขั้นการตรวจสอบการดำเนินงาน มีการติดตามการจัดทำแผนสุขภาพระดับอำเภอ และภาพรวมจังหวัด 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 จัดประชุมตรวจสอบแผน เชื่อมโยงนโยบาย สภาพปัญหา การกำหนดกลยุทธ์ /มาตรการและตัวชี้วัด ทำความเข้าใจระบบการ ตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวง สาธารณสุข วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 ติดตาม การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ก่อนรับการตรวจ ราชการรอบที่ 1 ประจำปี 2562 และวันที่ 8 พฤษภาคม 2562 ติดตามผลการดำเนินงานหลังจาก นำแผนไปปฏิบัติ ก่อนรับการตรวจราชการ รอบที่ 2

4) ขั้นการปรับแผน ใช้เวลาในการ ประชุมปรับแผน 1 วัน ในวันที่ 2 ธันวาคม 2561 โดยการจัดลำดับความสำคัญ ความจำเป็นในการ จัดทำแผนสุขภาพสอดคล้อง เหมาะสมตาม สถานการณ์และปรับเปลี่ยนงบประมาณ

4. ผลการประเมินด้านผลผลิต

การประเมินด้านผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินผลตามตัวชี้วัดของ ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่กำหนดกำกับ ติดตามใน แผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งเป้าหมาย ให้ดำเนินงานในจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562

จากการประเมินผล ตัวชี้วัดสำคัญตาม ยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวง สาธารณสุข ที่กำหนดอยู่ในแผนการตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวง สาธารณสุข ประจำปี 2562 รวม 55 ตัวชี้วัด พบว่า ผลการดำเนินงานในภาพรวมจังหวัด

นครปฐม ผ่านเกณฑ์ 45 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 81.82 ไม่ผ่านเกณฑ์ 10 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 18.18 เมื่อพิจารณาจำแนกตามยุทธศาสตร์แต่ละ ด้าน พบว่า ด้านที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ มีทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด ผลงานผ่านเกณฑ์ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ ด้านที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วย ธรรมภิบาล มีทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด ผลงานผ่าน เกณฑ์ 11 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 91.67 ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 8.43 ด้านที่ 2 บริการเป็นเลิศ มีทั้งหมด 28 ตัวชี้วัด ผลงานผ่านเกณฑ์ 24 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 85.71 ไม่ผ่านเกณฑ์ 4 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 14.29 และด้านที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด ผลงานผ่านเกณฑ์ 7 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 58.33 ไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 41.67

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ด้านบริบท (context)

จากการประเมินด้านบริบทการจัดทำแผน สุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 มีการตั้ง เป้าประสงค์ที่คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มด้วย กัน ได้แก่ ประชาชน บุคลากรสาธารณสุขและ หน่วยบริการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ของแผนยุทธศาสตร์กระทรวง สาธารณสุข ประจำปี 2562 ซึ่งระบุเป้าหมายว่า ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบ สุขภาพยั่งยืน และเมื่อเปรียบเทียบกับแผนเขต สุขภาพที่ 5 ก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน และการ ประเมินความสอดคล้องกับแผนจังหวัดนครปฐม

พบว่ามีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผน
จังหวัดนครปฐมเช่นกัน

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

ปัจจัยด้านบุคลากรในการจัดทำแผน
สุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 มีบุคลากร
ร่วมจัดทำแผนโดยการร่วมประชุมตามบทบาท
หน้าที่/งานที่รับผิดชอบ จากหน่วยงานสาธารณสุข
ทุกระดับครอบคลุมทั้ง 7 อำเภอในจังหวัดนครปฐม
รวมทั้งหมด 290 คน ครอบคลุมบุคลากรตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ
เจ้าพนักงานสาธารณสุข เกษษกร นิติกร และแพทย์
/ทันตแพทย์ สำหรับปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณ
ที่บรรจุอยู่ในแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี
2562 ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ด้าน รวม
ทั้งหมด 65 โครงการ จำนวนเงิน 10,117,956 บาท
โดยกลุ่มแผนด้านบริการเป็นเลิศ 38 โครงการ
จำนวน 7,681,336 บาท งบประมาณมากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 75.92 ของงบประมาณทั้งหมด รอง
ลงมาคือกลุ่มแผนด้านบุคลากรเป็นเลิศ 5 โครงการ
จำนวนเงิน 1,377,050 บาท และกลุ่มแผนด้าน
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค
เป็นเลิศ มีจำนวนโครงการมากที่สุด 21 โครงการ
จำนวนเงิน 960,170 บาท และ คิดเป็นร้อยละ
13.61 และร้อยละ 9.49

ด้านกระบวนการ (Process)

ผลการประเมินกระบวนการจัดทำแผน
สุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 กลุ่มงาน
พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลัก
รับผิดชอบในการบริหารโครงการจัดทำแผนบูรณาการ
แก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี
2562 และเป็นเจ้าภาพจัดกิจกรรมจัดทำแผน ทั้งนี้

หลังจากดำเนินงานตามกระบวนการจัดทำแผน
สุขภาพจังหวัดนครปฐมแล้ว กลุ่มงานพัฒนา
ยุทธศาสตร์สาธารณสุข จะติดตามประสานงานกับ
เจ้าภาพหลักตามประเด็นงานในระดับจังหวัด
เพื่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ
สนับสนุน ให้คำแนะนำ เชื่อมโยงข้อมูลให้แผน
สุขภาพมีความชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน หลังจากนั้น
ผู้รับผิดชอบแผนงานระดับอำเภอในแต่ละ
ประเด็น จะส่งแผนให้ผู้รับผิดชอบงานแผนระดับ
เครือข่าย รวบรวมตรวจสอบภาพรวมทั้งอำเภอ
เสนอผู้บริหารระดับอำเภอ ส่งกลุ่มงานพัฒนา
ยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครปฐม เพื่อรวบรวมเป็นแผนสุขภาพ
จังหวัด ใช้กำกับ ติดตาม ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา
สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยส่งโครงการเพื่อ
ขออนุมัติในช่วงต้นไตรมาสที่สองของปี ดำเนินงาน
ตามแผนและสรุปผลรายงานเป็นระยะ

ด้านผลผลิต (Product)

จากการประเมินผลตัวชี้วัดสำคัญตาม
ยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวง
สาธารณสุข ที่กำหนดอยู่ในแผนการตรวจราชการ
และนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวง
สาธารณสุข ประจำปี 2562 รวม 55 ตัวชี้วัด
พบว่าผลการดำเนินงานในภาพรวมจังหวัดนครปฐม
ผ่านเกณฑ์ 45 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 81.82
ไม่ผ่านเกณฑ์ 10 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 18.18

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านบริบท

จากแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
และแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม กระบวนการ

ภายในยังคงประสบปัญหา มีการแยกส่วน นโยบาย มาต่างเวลา ต่างหน่วยงาน หากรอให้พร้อมหรือ ครบทุกเรื่องก็จะทำให้การเริ่มกระบวนการจัดทำ แผนล่าช้า เหลือเวลาในการดำเนินงานไม่เพียงพอ สอดคล้องกับบทสังเคราะห์บทบาทกระทรวง สาธารณสุขของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁸ ที่ระบุว่า การดำเนินงานในระดับปฏิบัติการพบมี ช่องว่างระหว่างจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่ขยาย ขอบเขตมากขึ้นขาดกลไกบริหารจัดการในภาพรวม ของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ และสภาพการ บริหารจัดการยังไม่สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการทำงานเชิงบูรณาการโดยเฉพาะ ระบบบริการปฐมภูมิที่ยังแยกส่วนระหว่าง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัญหาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จึงยังคงอยู่ และขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะนำมาประกอบการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์ให้เกิดประสิทธิภาพ จะต้องมีการเตรียม ข้อมูลให้มีความพร้อมก่อนการระดมสมองเพื่อการ วางแผนจะเกิดขึ้น ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ควรใช้ข้อมูล ที่มาจากหลายภาคส่วนนอกเหนือจากนโยบายและ แผนงานจากระดับที่สูงกว่าแล้ว ควรมีข้อมูลที่แสดง ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ ปัญหาในการดำเนินงาน สอดคล้องกับอูสาห์ พงศ์จิระวงศ์ และคณะ⁹ ที่ศึกษากระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพแบบมุ่งผลลัพธ์ : กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ข้อมูลสำคัญที่ระดับจังหวัดต้องการมากที่สุด จากพื้นที่คือ สรุปผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ที่ผ่านมาข้อมูลวิถีชุมชน รวมไปถึงข้อมูลที่เข้าไปมี

ส่วนร่วมในกระบวนการทำประชาคม การทำแผน ชุมชน เนื่องจากการสะท้อนภาพอุปสรรคความ เป็นไปได้ของแผนยุทธศาสตร์ที่ทุกฝ่ายต้องวางแผน ร่วมกัน นำความคิดเห็นและประสบการณ์มา พิจารณาร่วมกัน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ ของการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ กับผลลัพธ์ การดำเนินงานที่ต้องบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรที่เป็นผู้เข้าร่วม ประชุมจัดทำแผน ตามโครงการจัดทำแผนบูรณาการ แก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 มีบุคลากรเข้าร่วมจัดทำแผน โดยการออก หนังสือเชิญร่วมประชุมตามบทบาทหน้าที่/งานที่รับผิดชอบเมื่อพิจารณาความเหมาะสมของบุคลากร ด้านจำนวนและความพร้อมของบุคลากร ถือว่ามีความ เหมาะสม เนื่องจากกระบวนหนังสือเชิญผู้รับผิดชอบ งานแผนโดยตรง ทำให้ได้บุคลากรที่มีความรู้ความ สามารถ มีประสบการณ์โดยตรงทั้งจากระดับ จังหวัด อำเภอ และตำบล สามารถนำประสบการณ์ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปบทเรียนเป็นต้นทุน เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนได้สอดคล้องกับการ ศึกษาของอูสาห์ พงศ์จิระวงศ์ และคณะ⁹ ในการ จัดทำแผนสุขภาพ ต้องกำหนดบุคคลที่เหมาะสม โดยพิจารณาความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และจำนวนที่เหมาะสมจากหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่เฉพาะในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข เพราะองค์กรใดจะมีผลงานตรง ตามนโยบาย ตอบสนองความต้องการของ กลุ่มเป้าหมายมากนักยิ่งดีขึ้นกับการบริหารเป็นสำคัญ การบริหารที่บูรณาการ กลยุทธ์ บุคคล ทรัพยากร กระบวนการ เริ่มต้นจาก

การสร้าง ความเชื่อมโยงนโยบายและแผนงานต่างๆ ที่ซ้ำซ้อนหรือเหลื่อมกัน ให้เป็นแผนงานเดียวและมีเป้าหมายร่วมกัน

ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณในการประชุมจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม ประจำปี 2562 มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นทางแผนด้านบริการเป็นเลิศ และด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากกว่าด้านรักษาพยาบาล ดังนั้นการที่แผนสุขภาพจังหวัดนครปฐมตั้งงบประมาณเน้นหนักไปในด้านดังกล่าว จึงนับว่าเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน

ด้านกระบวนการ (Process)

มีการจัดทำแผนแบบแยกส่วนตามกลุ่มงานและงานที่รับผิดชอบเพื่อรองรับนโยบายจากส่วนกลางที่มีความสำคัญและจำเป็น พยายามให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมและครอบคลุมทุกตัวชี้วัดแล้วจึงตามด้วยปัญหาเฉพาะของพื้นที่ ซึ่งบางงานจัดทำแผนรองรับนโยบายจากส่วนกลางเป็นหลัก จนกระทั่งไม่ได้วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา บางแผนงานเป็นเรื่องเดียวกัน แต่นโยบายมาต่างเวลา ต่างกรม ทำให้เกิดแผนงานจำนวนมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการและการบริหารแผนสาธารณสุขระดับพื้นที่ ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ที่สะท้อนถึงความยากในการปฏิบัติงาน ที่ต้องทำงานซ้ำซ้อนกัน ทำให้เกิดภาระงานที่เกินจำเป็น เป็นการเพิ่มงาน ขั้นตอนกระบวนการ และเวลาในการปฏิบัติงานปริมาณงานที่มีเป็นจำนวนมากกับเวลาที่จำกัด ก่อให้เกิดสภาพการ

ทำงานแบบแยกส่วนตามมา โดยเป็นไปในลักษณะของต่างคนต่างทำงานในส่วนของตนเอง งานไม่เกิดการเชื่อมโยง ในประเด็นเดียวกันหากสามารถทำให้เป็นแผนงานหลักเพียงแผนงานเดียวจะเป็นทางออกที่ดีที่สุด มีการเชื่อมโยงถึงระดับพื้นที่ทำให้เกิดภาพการทำงานที่ขับเคลื่อนไปทั้งระบบ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558 ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹¹ ซึ่งในระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรคิดวิเคราะห์ร่วมกับการใช้กลยุทธ์ของการสรุปถอดบทเรียนหรือผลการดำเนินงานที่ผ่านมา แล้วมาระดมสมองรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง หาทางแก้ไขบูรณาการแผนงานลดความซ้ำซ้อน สร้างบรรยากาศความร่วมมือ ในลักษณะของเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม เริ่มต้นจากการสร้างความเชื่อมโยงโดยนำแผนงานและนโยบายต่างๆ ให้เป็นแผนงานเดียวกันและมีเป้าหมายร่วมกัน บูรณาการเนื้อหาภายในให้ชัดเจนสกัดงานจากหลายๆ ส่วนแผนงานโครงการและนำมาจัดกลุ่มรวม นำแผนงาน/โครงการย่อยมาบูรณาการเป็นงานหลักในแต่ละเรื่องนั้นๆ กำหนดตัวชี้วัดในภาพย่อยให้ตอบสนองเป้าประสงค์ในแต่ละระดับ ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการบูรณาการงานที่ต้องดำเนินการจากแผนงาน/โครงการจำนวนมากจัดให้เป็นกลุ่มก้อนและผสมผสานเข้าด้วยกัน ควรจัดทำแผนเป็นลักษณะเปิดกว้าง สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของกระบวนการทำงานและการจัดสรรงบประมาณ ที่จะมีช่วงเวลาของการรองรับประมาณและอาจมีนโยบายใหม่ๆ

เข้ามาแทรก ดังนั้นการจัดทำแผนจึงต้องมีความยืดหยุ่นและเปิดกว้างเพื่อรองรับสภาพปัญหา ให้สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายระหว่างดำเนินการ

ด้านผลผลิต (Product)

การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ สามารถสร้างผลงานที่สอดคล้องตามเป้าประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่วางเอาไว้ ช่วยทำให้ทราบข้อมูลที่เป็นตัวบ่งชี้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำมาตัดสินใจปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวได้ว่าการรวบรวมผลการดำเนินงานในแต่ละช่วงเวลาของกิจกรรมในแผนงาน/โครงการต่างๆ จะช่วยให้ทราบความสอดคล้องตามตัวชี้วัดผลสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละระดับที่ได้กำหนดไว้ในแผน ควรมีการบรรจุตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ เป็นคำรับรองการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต่างๆ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของงานมากขึ้นตามปรัชญาการประเมินผลของ Drucker¹² ที่กล่าวว่า อยากให้สิ่งใดสำเร็จ ประเมินสิ่งนั้น (What get measured “Get Done”) ประกอบกับระบบกำกับติดตามอย่างเข้มข้นหลายรูปแบบทั้งจากรายงาน การติดตามงานในพื้นที่และการประชุมผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ การกำหนดความสำเร็จแต่ละช่วงเวลาทำให้การประเมินผลตามเป้าหมายระยะเวลามีความชัดเจน การสื่อสารถ่ายทอดวิธีปฏิบัติแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจแก่ทีมงาน เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการกระตุ้น ส่งเสริมการมีประสิทธิภาพของการดำเนินงานแผนสุขภาพจังหวัดนครปฐม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน

1. ควรพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้มีศักยภาพในการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ปัญหา เชื่อมโยงไปสู่กลยุทธ์ กลวิธี แผนปฏิบัติการ และสรุป ถอดบทเรียนการจัดทำแผน

2. ควรมีคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการประสานนโยบาย กิจกรรมตามกลุ่มเป้าหมายเดียวกันไว้ด้วยกัน สร้างบรรยากาศความร่วมมือทำงานเป็นทีมมีเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม เพื่อลดความซ้ำซ้อนและประหยัดทรัพยากร

3. ควรพัฒนาระบบการจัดทำแผน กำหนดขั้นตอนให้ครอบคลุม ให้ความสำคัญกับการบริหารเวลาสำหรับการดำเนินงาน หากล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อเวลาที่เหลือในการปฏิบัติและการติดตามประเมินผล

4. แผนสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย ที่ต้องร่วมมือกันแก้ไข เพื่อส่งผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้นในการจัดทำแผนสุขภาพ จึงควรให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนให้เห็นปัญหา สาธารณสุข ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ต้องมีการเตรียมข้อมูลล่วงหน้าผ่านกระบวนการสำรวจ วิเคราะห์ปัญหา ร่วมคิด ร่วมวางแผนของทุกฝ่าย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารแต่ละระดับในจังหวัด ควรมีความมุ่งมั่นในการนำการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดแบบมุ่งผลลัพธ์มาใช้ในการบริหารจัดการ ผสมผสานทั้งนโยบายส่วนกลางและพื้นที่ให้กลมกลืนกัน

ส่งเสริมการทำงานเชิงรุกของผู้ปฏิบัติงานและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการติดตามประเมินผล โดยกำหนดให้มีการวางแผนติดตามประเมินผลในทุกระยะของกระบวนการจัดทำแผน เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคต่างๆ สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ทันการณ์

3. ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอสร้างความเข้าใจ กระตุ้น ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อบริหารจัดการนำงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลมาจัดบริการ

ประชาชนให้เกิดประโยชน์อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกองทุน

4. ส่วนกลางควรมีการแจ้งวงเงิน จัดสรรงบประมาณเป็นระบบเปิด เพื่อจังหวัดได้วางแผนแต่เนิ่นๆ สามารถนำมาปรับแก้แผนงานได้อย่างเหมาะสม

5. มีระบบติดตาม กำกับแผนงาน/โครงการ โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุข ให้มีความหลากหลายในแง่การใช้ประโยชน์ในแต่ละระดับ ผู้บริหารสามารถตรวจสอบการดำเนินงานตามกิจกรรม การใช้จ่ายงบประมาณได้ตลอดเวลา (Real-time monitor) มีการเน้นย้ำผู้ปฏิบัติงานบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐกฤษ มุสิกะโสภณ. หลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีกับหน่วยงานทางปกครอง. [อินเทอร์เน็ต].2562;[เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2563].เข้าถึงได้จาก:https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=1420
2. สำนักงานข้าราชการพลเรือน.คู่มือการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. สวัสดิการสำนักงาน ก.พ.; 2545.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562
4. Stufflebeam, D.L.,& et al. Educational Evaluation and Decision – Making. Itasca, Illinois : Peacock; 1971.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ประจำปีงบประมาณ 2562.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. เอกสารการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2562 รอบที่ 2.
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข.บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21. นนทบุรี: หจก.สหพัฒนพิบูล; 2554.

9. อุสาค พฤฒิจีระวงศ์, โกเมนทร์ ทิวทอง และนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแบบมุ่งผลลัพธ์: กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2555; [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th>
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์ผลการศึกษากระบวนการและการบริหารแผนสาธารณสุขระดับพื้นที่; 2558.
11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558. กรุงเทพฯ : บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ)จำกัด; 2554.
12. Drucker, P.F. Managing human resources: Productivity, quality of work life, profits. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1995.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

Factors related to the self-care behavior of the elderly in Tha Chang District, Singburi Province.

รังสรรค์ เชตประพันธ์*

Rangsan Chetprapan*

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าช้าง ตำบลถอนสมอ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

*Thachang District Health Office, Thonsamor Sub-District,Tha-Change District,Singburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 360 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – กันยายน พ.ศ.2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหาคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยง = .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วย ค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ มีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.89 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.61 และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.83 โดย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในทางลบ ระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -.227$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The purposes of this descriptive research was to study the factors related to the self-care behavior of the elderly in Tha Chang District,Singburi Province. The samples consisted of 360 people. They were selected by using simple random sampling. Data were collected during January - September 2019. The research instrument was a set of questionnaire included personal information, knowledge, attitudes in self-care of the elderly. The content validity conducted by 3 experts. The reliability by the Cronbach alpha coefficient was 0.83. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. And test the hypothesis with Pearson moment product correlation coefficient.The results showed that 48.89% of the elderly had high level of self-health care knowledge, 53.61% of the elderly had

a high level of self-care attitude, and 75.83% of the elderly had moderate level of self-care behaviors. It also found that gender, marital status, education level, occupation, and congenital disease were not significantly related to the self-health behavior of the elderly. Age was negatively related to self-care behavior of the elderly. The relatively low level ($r = -.227$) was statistically significant at the .01 level, income was significantly associated with the elderly self-care behavior at the .01 level. And found that knowledge of self-care and attitudes about self-care correlated with the self-care behavior of the elderly with statistical significance at the .01 level.

Keywords: Elderly, Knowledge, Attitude, Health Behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น เนื่องจากความสำเร็จของนโยบายประชากร และการวางแผนครอบครัวทำให้มีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วเนื่องจากอัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้วัยเด็กลดน้อยลง วัยแรงงานมีสัดส่วนที่เริ่มลดลง วัยสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11,312,447 คน อัตราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 หรืออาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) การเป็นสังคมสูงวัย คือ การที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด) ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดน้อยลงเรื่อยๆจากนั้นจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ประมาณปี 2574¹ การเพิ่มของประชากรสูงอายุทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหา เศรษฐกิจ สังคมและ

สุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีแบบแผนการเจ็บป่วยต่างจากวัยอื่น การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ความเสื่อมถอยของกำลังร่างกาย ทำให้ศักยภาพในการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่มีรายได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การต้องลดบทบาทในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดความสุขและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต ประกอบกับสภาพสังคมไทยปัจจุบันมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่วนหนึ่งถูกครอบครัวทอดทิ้ง หากไม่มีการเตรียมพร้อมในด้านการดูแลคุ้มครองผู้สูงอายุแล้ว สถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุจะกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้²

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ได้กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลด

ความเหลื่อมล้ำและสร้างที่ยั่งยืนในระยะยาว การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมสูงวัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง³ โดยกำหนดกลไกหรือแนวทางการดำเนินการไว้ 2 ประเด็นสำคัญ คือ 1) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยมีระบบการดูแลผู้สูงอายุทางสังคม ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การสนับสนุนกลไกด้านผู้สูงอายุจังหวัด เช่น คณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 878 แห่ง ทั่วประเทศ⁴ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ในปี 2558 จำนวน 6,394,022 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21⁵

จากภาวะสูงอายุดังกล่าวทำให้สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกายเสื่อมถอยลงความชุกของการเจ็บป่วยก็จะเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้แนวโน้มของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีมากกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁶ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถพบได้ทุกช่วงอายุแต่พบมากในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า⁷ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค (Multimorbidity) หมายถึง ภาวะที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปเกิดขึ้นในคน

เดียวกัน ซึ่งสามารถพบได้บ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค มีรายงานว่า ประชาชนจำนวนไม่น้อยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าสองโรคขึ้นไปโดยพบผู้ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงโรคเดียว⁹ การศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรค และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและข้อเสื่อม ตามลำดับ¹⁰

อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี มีประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3,311 คน จากการประเมิน ADL จำนวน 3,045 คน (91.96%) พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี จำนวน 2,638 คน (86.63%) กลุ่มติดบ้านที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 55 คน (1.81%) กลุ่มติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำนวน 28 คน (0.92%)¹¹ ปัญหาด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุของอำเภอท่าช้างไม่มีรายได้จำนวน 292 คน (3.72%) ปัญหาด้านจิตใจและความรู้สึกนึกคิดรูปแบบดั้งเดิมของชีวิตครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง และการทำงานที่เร่งรีบเพราะต้องแข่งขันในทุกด้านทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุไม่ได้รับการเหลียวแลเอาใจใส่จากครอบครัวลูกหลานแม้จะอยู่ในครอบครัวเดียวกันก็ตาม ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เคยแน่นแฟ้น เอาใจใส่ซึ่งกันและกันเริ่มคลายความสัมพันธ์ลง ทำให้ขาดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่า

ตนเองไร้ค่า มีความเหงา ว้าเหวและท้อแท้ในชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลงซึ่งเป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากสังคม อย่างไรก็ตาม สังคมควรตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคที่กล่าวมาเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติตัวและปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแย่ลงไปจากเดิม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี

สมมติฐาน

1. ลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี

2. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี

3. ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อเป็นรูปแบบในการศึกษาดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ฐานข้อมูลประชากรเป้าหมาย ปี 2561 จำนวน 3,311 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ผู้วิจัยใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ด้วยวิธีการคำนวณจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ จำนวน 360 คน จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบล โดยแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นตำบล จำนวน 4 ตำบล โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลโดยคิดเป็นสัดส่วน (proportional) กับประชากรทั้งหมดในแต่ละตำบล เก็บข้อมูลโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple

Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากการปรับปรุงข้อคำถามงานวิจัยของ ของ พรเพ็ญ พงษ์เหล็ง, (2558)¹² เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพไทย อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้วแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การพักอาศัย โรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบ

ให้เลือกคำตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

2. ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

3. ด้านการพักผ่อน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

4. ด้านการจัดการความเครียด ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

การแปลผลแบ่งระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีความรู้ในระดับมาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 0.80 – 1.00 คะแนน

มีความรู้ในระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 0.60 – 0.79 คะแนน

มีความรู้ในระดับน้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 0.10 – 0.59 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะของแบบสอบถาม แต่ละข้อเป็น rating scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) มีทั้งหมด 20 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

2. ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

3. ด้านการพักผ่อน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

4. ด้านการจัดการความเครียด ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

การแปลผลแบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับทัศนคติมาก หมายถึง การได้คะแนนทัศนคติค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00

ระดับทัศนคติปานกลาง หมายถึง การได้คะแนนทัศนคติค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66

ระดับทัศนคติน้อย หมายถึง การได้คะแนนทัศนคติค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุลักษณะของแบบสอบถาม แต่ละข้อเป็น rating scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (4 คะแนน) และปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) มีทั้งหมด 20 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

2. ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

3. ด้านการพักผ่อน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

4. ด้านการจัดการความเครียด ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ

การแปลผลแบ่งระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับพฤติกรรมมาก หมายถึง การได้คะแนนทัศนคติค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00

ระดับพฤติกรรมปานกลาง หมายถึง การได้คะแนนทัศนคติค่าเฉลี่ย ระหว่าง 2.34 – 3.66

ระดับพฤติกรรมน้อย หมายถึง การได้คะแนนทัศนคติค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยหาความตรง (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) โดยให้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี นำมาหาความเที่ยง (reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่า ความเที่ยง = 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บข้อมูลและได้แจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบด้วยความสมัครใจและเป็นจริง วิเคราะห์และนำเสนอผลในภาพรวมซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าสอบถามผู้สูงอายุที่พบที่ละบ้าน โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่ละคนจนครบตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละตำบล ในกรณีไม่พบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล จะทำ另行通知ไปยังกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการสัมภาษณ์ในภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(Standard Deviation) ใช้วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi – Square Test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

จากการสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 4 ตำบล ในอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 360 คน มีผลการศึกษา ดังนี้

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.11 อายุส่วนมากมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 67.78 รองลงมาคืออายุระหว่าง 70–79 ปี ร้อยละ 27.78 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.44 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 75.83 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 17.22 หย่า/แยก ร้อยละ 4.44 และสถานภาพที่พบน้อยที่สุดคือโสด ร้อยละ 2.51 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือไม่ได้เรียน ร้อยละ 18.61 พบน้อยที่สุดคือ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าขึ้นไป ร้อยละ 8.06 อาชีพส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.17 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.83 และพบน้อยที่สุดคือรับจ้างทั่วไป พบร้อยละ 7.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 1,000 – 2,000 บาท ร้อยละ 31.38

รองลงมาคือ รายได้น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 63.06 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 36.94 28.89 การพักอาศัย ส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว การตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคย บุตรหลาน ร้อยละ 89.44 รองลงมาคือ อยู่กับ ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 87.22 และไม่เคยตรวจ ญาติร้อยละ 8.06 และอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 2.50 สุขภาพ ร้อยละ 12 ดังแสดงในตารางที่ 1 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (360 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	158	43.89
หญิง	202	56.11
อายุ (ปี)		
60 –69	244	67.78
70–79	100	27.78
80 ปีขึ้นไป	16	4.44
สถานภาพสมรส		
โสด	9	2.51
คู่	273	75.83
หย่า/แยกกัน	16	4.44
หม้าย	62	17.22
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	67	18.61
ประถมศึกษา	264	73.33
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าขึ้นไป	29	8.06
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	20.83
เกษตรกร	213	59.17
รับจ้างทั่วไป	27	7.50
ค้าขาย/ลูกจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/แม่บ้าน/อื่นๆ	45	12.50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 1,000	104	28.89
1,000 - 2,000	113	31.38
2,001 - 3,000	56	15.56
มากกว่า 3,000	87	24.17
การพักอาศัย		
ตามลำพัง	9	2.50
ครอบครัว บุตร หลาน	322	89.44

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (360 คน)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง	29	8.06
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	133	36.94
มีโรคประจำตัว	227	63.06
การตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา		
ตรวจ	314	87.22
ไม่ได้ตรวจ	46	12.78

ในเรื่องของ ระดับความรู้ทัศนคติ และ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.89 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.61 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.83 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง		
มาก (คะแนนเฉลี่ย 0.80 – 1.00 คะแนน)	176	48.89
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.60 – 0.79 คะแนน)	155	43.06
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.10 – 0.59 คะแนน)	29	8.05
รวม	360	100.00
ระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเอง		
มาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00)	193	53.61
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66)	167	46.39
น้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33)	0	0.00
รวม	360	100.00
ระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง		
มาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00)	87	24.17
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66)	273	75.83
น้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33)	0	0.00
รวม	360	100.00

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การพักอาศัย โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

เพศ	ระดับพฤติกรรม		รวม	p-value
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	29(18.35)	129(81.65)	158(100.00)	0.185
หญิง	58(28.71)	144(71.29)	202(100.00)	
สถานภาพสมรส				
คู่	73(26.74)	200(73.26)	273 (100.00)	0.216
โสด หย่า หม้าย แยก	14(16.09)	73(83.91)	87(100.00)	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	64(24.40)	200(73.26)	264(100.00)	1.000
อื่นๆ	23(23.96)	73(83.91)	96(100.00)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13(17.33)	62(82.67)	75(100.00)	0.079
เกษตรกร	64(30.05)	149(69.95)	213(100.00)	
อื่นๆ(รับจ้าง ค้าขาย ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท รับราชการ แม่บ้าน)	10(13.89)	62(86.11)	72(100.00)	
การพักอาศัย				
ครอบครัว บุตร หลาน	82(25.47)	240(74.53)	322(100.00)	0.366
ตามลำพัง ญาติพี่น้อง	4(10.53)	34(89.47)	38(100.00)	
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	64(24.40)	200(73.26)	264(100.00)	1.000
มีโรคประจำตัว	23(23.96)	73(83.91)	96(100.00)	
การตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา				
ตรวจ	84(26.75)	230(73.25)	314(100.00)	0.046
ไม่ตรวจ	4(8.70)	42(91.30)	46(100.00)	

ใช้สถิติ Chi-Square Test

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สันระหว่างอายุ รายได้ ความรู้ ทักษะกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($r = -0.227$ p-value= 0.003) รายได้มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = -0.186$ p-value= 0.016) ส่วน ความรู้และทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ ระดับ 0.000 ($r = -0.328$ p-value 0.001 และ $r = -0.398$ p-value 0.001 ตามลำดับ) ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	p-value
อายุ	-0.227	0.003**
รายได้	0.186	0.016*
ความรู้	0.328	0.001**
ทัศนคติ	0.398	0.001**

ตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทพไทย อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่าปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยมากกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ปัทมาวดี บุพศิริ¹⁶ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า ปัจจัยนำคือความรู้

เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.38$, $p < .001$) และจากการศึกษาของ จุรีย์เลาหงษ์¹⁴ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับมานิชญ์ แสงไสยาศน์¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางสะแก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้ และการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับ จุรีย์เลาหงษ์¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของ มานิชญ์ แสงไสยาศน์¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางสะแก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า เจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษาให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การดำเนินนโยบาย จึงควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้มากที่สุด

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารควรให้ความสำคัญโดยการกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ในด้านการบริโภคอาหาร การป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่องตลอดไป ผู้สูงอายุส่วนมากมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง จึงมีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูงต่อไปได้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ประชาสัมพันธ์แนะนำวิธีการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจ เพื่อจะได้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น ส่งเสริมการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น ด้วยวิธีที่เหมาะสม โดยเน้นประเด็นความรู้ในเรื่อง ลดการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเหมือนเช่นที่เคยทำในวัยทำงาน เช่น การลุก การนั่ง การเดิน ที่กระฉับกระเฉง

การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้อง เมื่อมีภาวะเครียด

2. ให้คำแนะนำส่งเสริมความตระหนักเรื่องสุขภาพให้ผู้สูงอายุ โดยการจัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรที่มีความรู้ด้านการดูแลรักษาสุขภาพมาให้คำแนะนำ ในรูปแบบของการอบรมให้ความรู้ การสอน วิธีการปฏิบัติให้ถูกต้อง การประชาสัมพันธ์วิธีดูแลสุขภาพ และติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้สูงอายุ รู้สึกลังประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง สร้างภาวะสุขภาพจิตใจที่เข้มแข็งตลอดไป โดยเน้นทัศนคติ ด้านการรับประทานอาหาร เรื่อง หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกายในผู้มีโรคประจำตัว และการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน โดยให้มีการส่งเสริมการมีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

3. จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ เรื่องการปีนขึ้นที่สูง และการเปลี่ยนท่าทาง ลุกนั่ง หรือยืนอย่างรวดเร็ว ด้านการรับประทานอาหาร ในเรื่องการรับประทานอาหารมือเย็นให้น้อยลง ด้วยวิธีที่เหมาะสม และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2561.
2. วาทีนิ บุญชะลิกษ์. นโยบายและทิศทางการดูแลสุขภาพในอนาคต. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2545.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2558.
4. ไมตรี อินทุสุต. ประเด็นการประชุมบูรณาการการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาสังคม ประจำปี 2559, วันอังคารที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559, ณ ห้องประชุม 2 กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร.

5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.): 2559.
6. นิตยา ภาสุนันท์. มโนทัศน์ในการพยาบาล ผู้สูงอายุ:หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ;2545.
7. สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย:สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ : 2542.
8. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Ann Fam Med 2005; 3 (3): 223-8.
9. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380 (9836): 37-43.
10. นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2532.
11. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าช้าง, สรุปผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) อำเภอท่าช้าง ปีงบประมาณ 2561; 2562.
12. พรเพ็ญ พึ่งเหลือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพไทย อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว.[สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต].ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยปทุมธานี; 2558.
13. เตือนใจ ทองคำ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน]นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2549.
14. จุริย์ เลหาพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา],มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2549.
15. เฉลิมพล ทรัพย์อยู่ไรรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.วารสารวิชาการ Veridian E-Journal. 2557;7(2);186-202.
16. ปัทมาวดี บุพศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม [การศึกษาค้นคว้าอิสระ]. จังหวัดมหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.
17. มาโนชญ์ แสงไสยาศน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางสะแก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อ
ทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Associated factors of oral upper respiratory tract antibiotic use
behavior among the guardians in the health promoting hospital,
the Fifth Regional Health Promotion Center, Ratchaburi.

ชุตติมาพร ไตรนภากุล* และ บุษบา แพ่งบุปผา**

Chutimaporn Trainapakul* and Busaba Pangbubpha**

*เภสัชกร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ถ.ศรีสุริยวงศ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี

**หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ถ.ศรีสุริยวงศ์ ต.หน้าเมือง
อ.เมือง จ.ราชบุรี

* Pharmacist, Health Promoting Hospital, The Fifth Regional Health Promotion Center, Ratchaburi,
Muang district, Ratchburi Province

** Head of nursing department, Health Promoting Hospital, The Fifth Regional Health Promotion
Center, Ratchaburi, Muang district, Ratchburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 0 ถึง 5 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในช่วงเดือนกันยายน 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 367 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเรื่องยาปฏิชีวนะจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ และบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ แบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .85, .73 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กได้ร้อยละ 29.7 ($R^2 = .297$, $F = 78.38$, $p < .001$) โดยปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กมากที่สุด ($\beta = .55$, $t = 12.49$, $p < .001$)

คำสำคัญ: ยาปฏิชีวนะ, ผู้ปกครองเด็ก, พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ, โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

Abstract

The purpose of this study was to examine the factors influencing the guardians' behavior regarding antibiotic use for children. The purposive sampling was used to select 367 guardians who were caregivers of 0 to 5 years old of age children at the Health Promoting Hospital, the Fifth Regional Health Promotion Center, Ratchaburi from September, 2020 to January, 2021. The instruments of the study consisted of the guardian's personal information questionnaire, the influences of enabling factors and reinforcing factors on antibiotic use for children questionnaire, the knowledge regarding antibiotic use for children questionnaire, the attitude regarding antibiotic use for children questionnaire, and the behavior regarding antibiotic use for children questionnaire. The reliability were .85, .73 and .79. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and Stepwise multiple regressions. The results showed that the influence of attitude regarding antibiotic use for children and the enabling factors could statistically predict the guardians' behavior regarding antibiotic use for children accounting for 29.7 percent of the variance ($R^2 = .297$, $F = 78.38$, $p < .001$). Especially, the influence of attitude regarding antibiotic use for children was the best predictor of the guardians' behavior regarding antibiotic use for children ($\beta = .55$, $t = 12.49$, $p < .001$)

Keywords: Antibiotic, guardians, behavior regarding antibiotic use, upper respiratory tract infection

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาต้านแบคทีเรีย (Anti-bacterial drug) หรือยาปฏิชีวนะ (Antibiotic drug) เป็นยาต้านจุลชีพชนิดหนึ่ง ซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่า ทำลาย หรือยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ที่เป็นเชื้อแบคทีเรีย¹ ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น และยังมีแนวโน้มจะคงที่หรือลดลง ขณะที่อัตราการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ที่ค้นคว้าวิจัยและออกสู่ท้องตลาดลดลงและแทบไม่มี² การดื้อยาด้านจุลชีพเป็นหนึ่งในภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญมากในช่วงศตวรรษที่ 21 โดยคาดว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน หากไม่มีการแก้ปัญหาดังกล่าวกว่า คาดการณ์ว่าใน

พ.ศ. 2593 จะมีคนเสียชีวิตมากถึง 10 ล้านคน โดยจะมีผู้เสียชีวิตในทวีปเอเชียและแอฟริกา 4.7 และ 4.2 ล้านคนตามลำดับ แนวโน้มเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เข้าสู่ยุคหลังยาปฏิชีวนะที่การติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และที่สำคัญอาจเกิดผลกระทบต่อการแพทย์แผนปัจจุบันเนื่องจากไม่สามารถทำหัตถการการแพทย์ เช่น การผ่าตัดที่ต้องพึ่งพิงประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะในการรักษาการติดเชื้อ¹

ในภาพรวมทั่วโลก การใช้ยาปฏิชีวนะที่มากขึ้น ทำให้อัตราการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2552 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาปฏิชีวนะของประเทศไทยประมาณ 1.1 หมื่นล้านบาท ซึ่งมีมูลค่ามากกว่ายาที่ใช้ในโรคเรื้อรังกลุ่ม

อื่นๆ เช่น กลุ่มยาสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มยาสำหรับระบบประสาทส่วนกลาง และกลุ่มยาสำหรับโรคมะเร็ง¹ จากข้อมูลมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาของประเทศไทยปีพ.ศ. 2553 พบว่าการบริโภคยาต้านจุลชีพยังคงมีมูลค่ามากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศซึ่งมูลค่าสูงถึง 26,642 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของมูลค่ายาทุกชนิด² จากสถิติประเทศไทยมีคนไทยติดเชื้อมากกว่าปีละ 100,000 ราย เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 ราย³ คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากถึงปีละ 42,000 ล้านบาท⁴

แม้ว่าการดื้อยาด้านจุลชีพจะเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ แต่การใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการใช้มากเกินไปจนความจำเป็น การใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการดื้อยาด้านจุลชีพเร็วขึ้น² มีงานวิจัยจำนวนมากพบพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินความจำเป็น พฤติกรรมดังกล่าวนอกจากทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรคแทรกซ้อน¹ และความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในเด็กอายุ 0-6 ปี⁵ ในสหรัฐอเมริกามีการคาดการณ์ว่า แต่ละปีมีคนจำนวน 2 ล้านคนป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา และในจำนวนนี้ 23,000 คนเสียชีวิต คิดเป็นความสูญเสียประมาณ 21-34 พันล้านเหรียญสหรัฐ¹

จากการสำรวจพฤติกรรมประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาด้านแบคทีเรีย ของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาและชมรมเภสัชชนบท ในปีพ.ศ. 2561 พบว่า ประชาชนมี 5 พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา ได้แก่ ซื้อยาปฏิชีวนะมากินเอง ซื้อยาปฏิชีวนะกินตามคนอื่น ซื้อยาปฏิชีวนะ

มากินเองตามชนิดที่เคยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ในครั้งก่อนๆ หยุดรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่ออาการดีขึ้น โดยไม่รับประทานติดต่อกันจนยาหมด และการแกะแคปซูลเอาผงยาด้านแบคทีเรียไปโรยแผล³ จากการทบทวนรายงานทางวิชาการต่างๆ พบว่า ความรู้ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้นั้น⁶ ดังนั้นหากบุคคลมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง จะลดโอกาสที่ประชาชนจะมีส่วนทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยารุนแรงขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน

การใช้ยาในเด็กมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางสรีรวิทยา ทำให้ขนาดยาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กได้ รวมถึงขนาดยาในผู้ป่วยเด็กวัยหนึ่ง ก็ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยเด็กอีกวัยหนึ่งได้⁷ จากการศึกษาเบื้องต้นในผู้ปกครองเด็กที่มารับยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กที่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 62 คนในเดือนมกราคม 2561 พบผู้ปกครองมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กที่ไม่ถูกต้องได้แก่ ร้อยละ 49 ใช้น้ำอุ่นผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง หลังเติมน้ำแล้วไม่ปรับระดับน้ำให้ระดับความเข้มข้นที่ถูกต้องร้อยละ 62 หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นร้อยละ 16 เมื่อลืมนรับประทานยา ไม่รับประทานยาทันทีเมื่อนึกขึ้นได้ร้อยละ 40⁸

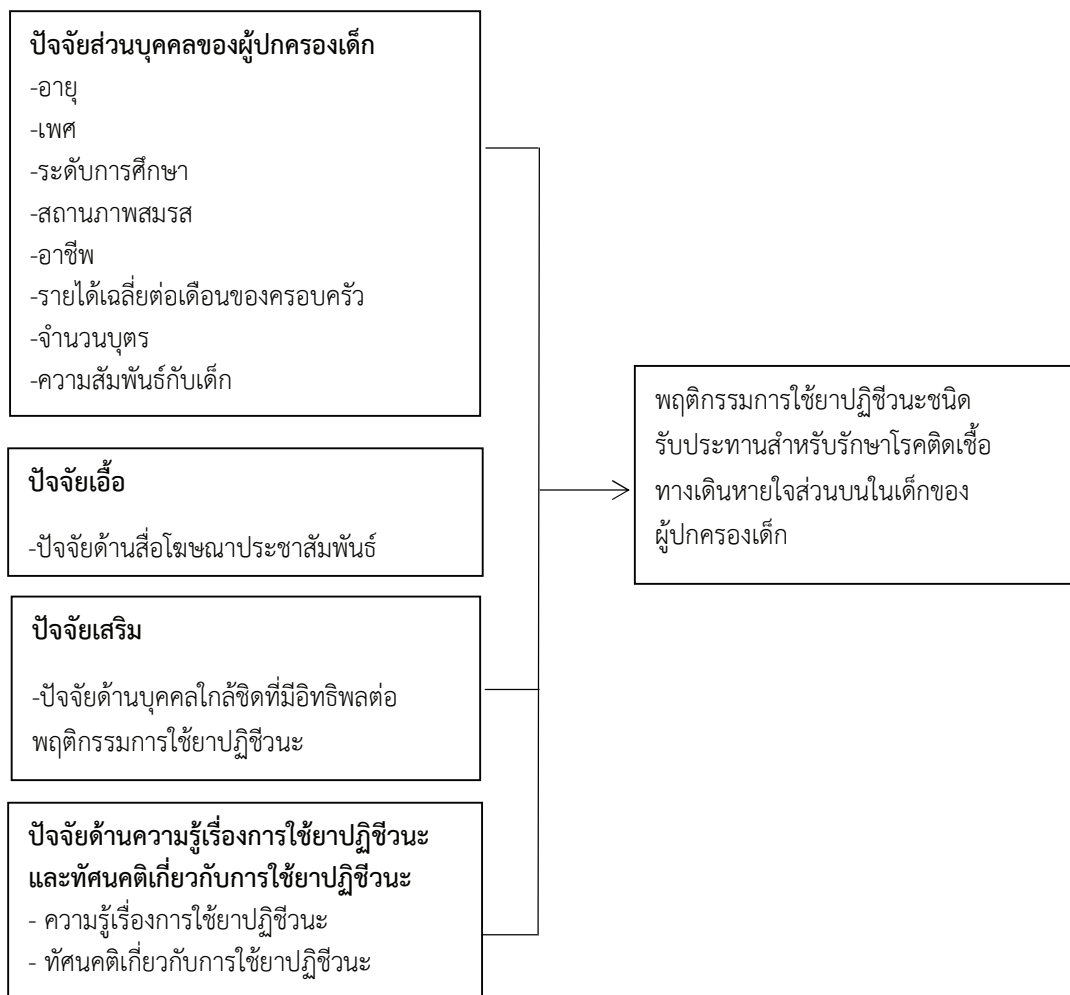
จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนของ

ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องของผู้ปกครองเด็กซึ่งจะช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็ก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็ก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็ก 0 ถึง 5 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็ก 0 ถึง 5 ปีจำนวน 396 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (proposive sampling) ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hair JR, et al. ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 360 คน⁹ และเพิ่มจำนวนเผื่อ 10% เพื่อใช้ในการมีการสูญหายของข้อมูล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 396 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ปกครองมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี 2) เด็กในปกครองมีอายุ 0-5 ปี

3) ผู้ปกครองสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถอ่านและเข้าใจหนังสือภาษาไทยได้ดี ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน 4) เคยใช้ยาปฏิชีวนะในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ภายหลังการตรวจสอบข้อมูลพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่กรอกข้อมูลแล้วข้อมูลผิดปกติ (outlier) จำนวน 29 คน จึงตัดข้อมูลดังกล่าวออก ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์จึงมีจำนวน 367 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัว จำนวนบุตร และความสัมพันธ์กับเด็ก

2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเรื่องยาปฏิชีวนะจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ และบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อโดยให้ตอบจากตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับ ได้รับบางครั้ง ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับเป็นประจำ และได้รับทุกครั้ง แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ¹⁰

คือ ระดับน้อย 6.00-14.99 คะแนน ระดับปานกลาง 15.00-21.99 คะแนนและระดับมาก 22.00-30.00 คะแนน

3) แบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อเกี่ยวกับสรรพคุณของยาปฏิชีวนะ วิธีการใช้ยาปฏิชีวนะ และการปฏิบัติตัวและการสังเกตวันหมดอายุของยาปฏิชีวนะแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ¹¹ คือระดับต่ำ 0-7.19 คะแนน ระดับปานกลาง 7.20-9.59 คะแนน และระดับสูง 9.60-12.00 คะแนน

4) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นการสอบถามด้านความรู้สึกและความเชื่อของผู้ปกครองเด็กต่อการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเด็กเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบนประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อเกี่ยวกับทัศนคติ 3 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติต่อสรรพคุณยาปฏิชีวนะ ทัศนคติต่อวิธีใช้ยาปฏิชีวนะ และทัศนคติต่อการร้องขอยาปฏิชีวนะโดยให้ตอบจากตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และ

เห็นด้วย แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ ระดับ ไม่เหมาะสม 12.00-20.99 คะแนน ระดับปานกลาง 21.00-27.99 คะแนนและระดับเหมาะสม 28.00-36.00 คะแนน

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดหายาปฏิชีวนะเพื่อการรักษาเมื่อเด็กเจ็บป่วย ด้านการตรวจสอบวันหมดอายุของยาปฏิชีวนะ ด้านการผสมยาปฏิชีวนะ ด้านการป้อนยาปฏิชีวนะและ ด้านการเก็บรักษายาปฏิชีวนะจำนวน 26 ข้อ โดยให้ตอบจากตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติประจำ และปฏิบัติทุกครั้ง แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ ระดับไม่ดี 26.00-61.99 คะแนน ระดับปานกลาง 62.00-94.99 คะแนน และระดับดี 95.00-130.00 คะแนน

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงและหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเรื่องยาปฏิชีวนะจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ และบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .72 ค่าความเที่ยงด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสันของแบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กเท่ากับ .70 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการได้รับข้อมูลเรื่องยาปฏิชีวนะจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์และบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ แก่เด็ก เท่ากับ .85, .73 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี หมายเลข 26/2563 ลงวันที่ 9 กันยายน 2563 - วันที่ 9 กันยายน 2564 และผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่ม และให้สิทธิตัดสินใจในการเข้าร่วมในงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมจะลงลายมือชื่อในยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง โดยผู้วิจัยได้อธิบายแก่อาสาสมัครว่ายาปฏิชีวนะในแบบสอบถาม หมายถึง ภาพตัวอย่างของยาปฏิชีวนะที่นำไปแสดงต่ออาสาสมัครก่อนให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำว่า “ยาปฏิชีวนะ” ได้ถูกต้องตรงกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม

การให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็ก

ผลการวิจัย

มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดจำนวน 367 คน

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 34.18 ปี ($SD = 8.44$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 47.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 83.1) อาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 42.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเท่ากับ 28,664 บาทจำนวนบุตร 1 คน ร้อยละ 51.2 และเป็นบิดามารดาของเด็ก ร้อยละ 89.9

2. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเท่ากับ 112.52 ($SD = 9.73$) โดยค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 130 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 79 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่คะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ การไม่เพิ่มขนาดยาปฏิชีวนะเองหากอาการป่วยปัจจุบันของบุตรหลานไม่ดีขึ้น, การไม่นำยาปฏิชีวนะของเด็กคนอื่นที่มีอาการป่วยคล้ายกับบุตรหลานมาป้อนให้บุตรหลาน, การไม่แบ่งยาปฏิชีวนะที่กำลังใช้อยู่ให้เด็กคนอื่นใช้รักษาอาการป่วยถ้าเด็กคนอื่นมีอาการเจ็บป่วยคล้ายๆ กัน (ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อ 4.93 4.87 และ 4.86 คะแนน ตามลำดับ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด คือเมื่อลืมนำยาแก้ปวดบุตรหลานผู้ปกครองเด็ก

ไม่ป้อนยาปฏิชีวนะทันทีที่นึกขึ้นได้ ผู้ปกครองเด็กใช้น้ำอุ่นผสมผงยาในขวด และผู้ปกครองเด็กป้อนยาแก้ปวดหลานก่อนอาหารน้อยกว่า 30 นาที หากฉลากยาปฏิชีวนะชนิดนั้นระบุให้กินก่อนอาหาร (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 2.49 2.88 และ 3.46 คะแนนตามลำดับ)

3. ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยเท่ากับ 10.88 ($SD = 3.88$) โดยค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 26 คะแนนและต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนนเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าเอกสารกำกับยา/ฉลากช่วย เป็นสื่อที่มีอิทธิพลมากที่สุด (มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ 2.78) ปัจจัยด้านบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยเท่ากับ 13.23 ($SD = 4.97$) โดยค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 28 คะแนนและต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนนเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการได้รับข้อมูลเรื่องยาปฏิชีวนะจากเภสัชกรมีอิทธิพลมากที่สุด (มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ 2.84)

4. ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 6.68 ($SD = 2.12$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายข้อ พบว่าทุกครั้งที่ได้รับยาปฏิชีวนะต้องรับประทานให้ครบระยะเวลารักษา (ร้อยละ 95.9) รองลงมา ได้แก่ ไม่ควรซื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเอง เมื่อป่วยเป็นไข้หวัด เจ็บคอ (ร้อยละ 85.8) และสามารถลดปัญหาเชื้อดื้อยาได้โดยการกินยาปฏิชีวนะเมื่อจำเป็นเท่านั้น (ร้อยละ 73.6) และข้อที่ตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่เข้าใจ ว่ายาปฏิชีวนะช่วยป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 80.4)

รองลงมา ได้แก่ ยาปฏิชีวนะช่วยรักษาโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส (ร้อยละ 78.5) และเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะคือยาแก้อักเสบ (ร้อยละ 66.8) ตามลำดับ

5. ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 27.96 (SD = 3.90) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 130 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 79 เมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ การอ่านวันหมดอายุของยาก่อนใช้ยาปฏิชีวนะ รองลงมา ได้แก่ การไม่เปลี่ยนแพทย์เมื่อพบว่าแพทย์ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะแก่บุตรหลานที่เจ็บป่วยและการไม่เหลือเก็บยาปฏิชีวนะที่กำลังใช้อยู่ไว้ใช้สำหรับครั้งต่อไปเมื่อบุตรหลานเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.94 2.70 และ 2.63 ตามลำดับ)

6. จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยด้านบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ($r=.536, p<.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ($r=-.116, p<.05$) ปัจจัยด้านบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ($r=-.144, p<.01$) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ($r=.500, p<.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ($r=.335, p<.01$) ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ($r=.540, p<.01$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 367)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ปกครองเด็ก	1.000				
2.ปัจจัยด้านบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก	.536**	1.000			
3.ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ	-.079	-.101	1.000		
4.ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	-.116*	-.144**	.500**	1.000	
5.พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก	.033	-.018	.335**	.540**	1.000

** . P<0.01 level (2-tailed).

*. P=<0.05 level (2-tailed).

7. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็กได้อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($F = 78.379, p < .001$) โดยมีอำนาจในการพยากรณ์เท่ากับร้อยละ 29.7 ($R^2 = .297$) โดยปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็กมากที่สุด ($\beta = .551, t = 12.498, p < .001$) (ดังตารางที่ 2) และสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ($n = 367$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	Sb	Beta	t	p
(b)					
ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ	1.375	.110	.551	12.498	.000
ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์	.242	.111	.097	2.189	.029
ค่าคงที่ (Constant)	71.451			20.674	.000

$R = .549$ R^2 ที่ปรับแล้ว = .297 $F = 78.379$ $p < .001$

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก = $71.451 + 1.375$ (ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ) + $.242$ (ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก}} = .551 (Z_{\text{ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ}}) + .097 (Z_{\text{ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์}})$

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับดี

($\bar{X} = 34.1$ $SD = 4.42$) โดยพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็กที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด คือเมื่อลืมป้อนยาแก่บุตรหลาน ผู้ปกครองเด็กไม่ป้อนยาปฏิชีวนะทันทีที่นึกขึ้นได้ ผู้ปกครองเด็กใช้น้ำอุ่นผสมผงยาในขวดและ ผู้ปกครองเด็กป้อนยาแก่บุตรหลานก่อนอาหาร น้อยกว่า 30 นาทีหากผลกายาปฏิชีวนะชนิดนั้นระบุนให้กินก่อนอาหาร (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 2.49 2.88 และ 3.46 คะแนนตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรริน ขวัญเนตร¹² ซึ่งพบว่า ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน ในระดับดี ($\bar{X} = 42.00$ $SD = 5.89$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุดเท่ากับ 4.93 ($SD = 0.38$) คือการไม่เพิ่มขนาดยาปฏิชีวนะเอง หากอาการป่วยปัจจุบันของบุตรหลานไม่ดีขึ้น

รองลงมาคือการไม่นำยาปฏิชีวนะของเด็กคนอื่นที่มีอาการป่วยคล้ายกับบุตรหลาน มาป้อนให้บุตรหลาน ($\bar{X}=4.87$, $SD=0.57$) และการไม่แบ่งยาปฏิชีวนะที่กำลังใช้อยู่ให้เด็กคนอื่นใช้รักษาอาการป่วยถ้าเด็กคนอื่นมีอาการเจ็บป่วยคล้ายๆ กัน ($\bar{X}=4.86$, $SD=0.49$) ตามลำดับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด 4 อันดับแรก คือ เมื่อลืมนำยาแก้ปวดบุตรหลาน ผู้ปกครองเด็กไม่ป้อนยาปฏิชีวนะทันทีที่นึกขึ้นได้ ผู้ปกครองเด็กใช้น้ำอุ่นผสมผงยาในขวด ผู้ปกครองเด็กป้อนยาแก้ปวดบุตรหลานก่อนอาหารน้อยกว่า 30 นาที หากฉลากยาปฏิชีวนะชนิดนั้นระบุให้กินก่อนอาหารและผู้ปกครองเด็กผสมน้ำลงในผงยาด้วยความเข้มข้นของยาก่อนใช้ครั้งแรกไม่ถูกต้อง ($\bar{X}= 2.49$ 2.883.46 และ 3.71 ตามลำดับ)

การศึกษานี้พบผู้ปกครองเด็กที่ไม่ป้อนยาปฏิชีวนะทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อลืมนำยาแก้ปวดบุตรหลาน ร้อยละ 41.7 ไม่เติมน้ำต้มสุกให้ถึงขีดระดับก่อนป้อนยารั้งแรกให้แก่เด็กร้อยละ 25.4 พบผู้ปกครองเด็กที่ไม่ได้เขย่าขวดยาปฏิชีวนะก่อนตวงยาให้เด็กรับประทานร้อยละ 2.2 สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ ปริสุทธิคุณพร และมณฑนา เหมชะญาตี¹³ ซึ่งพบผู้รับบริการไม่รับประทานยาปฏิชีวนะทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อลืมนำรับประทานยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 36.6 ไม่เขย่าขวดยาปฏิชีวนะหลังผสมน้ำเพื่อให้ยากระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ ก่อนให้เด็กรับประทาน ร้อยละ 4.2 จากผลการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์จึงยังต้องให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กเพื่อให้ทราบแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อลืมนำยาปฏิชีวนะแก่เด็ก การผสมผงยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง และการเขย่าขวดยาก่อนตวงยา

การศึกษานี้พบผู้ปกครองเด็กที่ป้อนยาแก้ปวดบุตรหลานก่อนอาหารน้อยกว่า 30 นาทีหากฉลากยาปฏิชีวนะชนิดนั้นระบุให้กินก่อนอาหาร (ไม่ได้ปฏิบัติ และปฏิบัติหลายๆ ครั้ง) ร้อยละ 29.9 และหยุดป้อนยาปฏิชีวนะเมื่อรู้สึกว่บุตรหลานอาการดีขึ้นจากอาการเจ็บป่วย (ปฏิบัติประจำ และปฏิบัติทุกครั้ง) ร้อยละ 12.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sornkrasetrin A และคณะ¹⁴ ที่พบว่า กรณียาก่อนอาหาร นักศึกษาพยาบาลไม่ได้รับประทานยาปฏิชีวนะก่อนอาหาร 30 นาทีซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.10$, $SD=1.23$) และพบพฤติกรรมการหยุดรับประทานยาปฏิชีวนะเองเมื่อพบว่าอาการดีขึ้น ($\bar{X}=3.40$, $SD=1.17$) การศึกษานี้พบพฤติกรรม การซื้อยาปฏิชีวนะเองเมื่อบุตรหลานมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ โดยไม่ได้พบแพทย์หรือเภสัชกร (ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติประจำและปฏิบัติทุกครั้ง) ร้อยละ 10.9 ผู้ปกครองเอาตัวอย่างยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการป่วยของบุตรหลานครั้งก่อนไปหาซื้อสำหรับการรักษาอาการป่วยที่คล้ายกัน (ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติประจำและปฏิบัติทุกครั้ง) ร้อยละ 6.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Khoury GE และคณะ¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ปกครองเด็กร้อยละ 5.0 ซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยารับประทานเองโดยไม่มีคำสั่งใช้ยา การศึกษานี้พบพฤติกรรมการป้อนยาปฏิชีวนะแก่เด็กโดยไม่มีใบสั่งยาร้อยละ 10.7 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cantarero-Arevalo L และคณะ¹⁵ ที่พบผู้ปกครองเด็กในประเทศเม็กซิโก เลีย ตุรกี กรีซ และไซปรัส ให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กด้วยตนเองโดยดูจากยาปฏิชีวนะที่เด็กเคยได้รับมาก่อน หรืออาการของเด็กที่เคยเป็นมาก่อน ร้อยละ 41.7, 14, 10

และ 6 ตามลำดับจากผลการศึกษานี้บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญในการระบุระยะเวลาก่อนอาหารที่ฉลากยาให้ชัดเจนสำหรับยาก่อนอาหาร และการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กให้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาปฏิชีวนะให้ต่อเนื่องจนยาหมด และการไม่รับประทานยาปฏิชีวนะเองโดยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย

2. ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กได้ ร้อยละ 29.7 ($R^2 = .297$, $F = 78.379$, $p < .001$) โดย

2.1 ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กมากที่สุด ($\beta = .551$, $t = 12.498$, $p < .001$) หมายความว่าถ้าผู้ปกครองเด็กมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมจะมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชราพร แซ่ตั้ง และนิทรา กิจธีระวุฒิมิ¹⁶ ที่พบว่า ปัจจัยเสริมในการใช้ยาปฏิชีวนะ อายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ได้ร้อยละ 45.6 โดยทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

การใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ รองลงมาจากปัจจัยเสริมในการใช้ยาปฏิชีวนะและอายุของ อสม. ($\beta = .238$, $t = 2.901$, $p = .004$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อิศริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ จันทร์ส่องสุข และคณะ¹⁷ ซึ่งพบว่า การควบคุมการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยมุ่งเน้นไปที่สถานพยาบาลของรัฐเพียงอย่างเดียว ไม่ใช่แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลของประชาชน เพราะประชาชนยังมีความเชื่อว่ายาปฏิชีวนะสามารถรักษาโรคที่ตนเองเป็นได้ ประชาชนกลุ่มนี้จึงยังคงแสวงหายาปฏิชีวนะจากร้านขายยาและคลินิก ถึงแม้จะไม่ได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะจากสถานพยาบาลของรัฐก็ตาม

2.2 ปัจจัยด้านสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็ก ($\beta = .097$, $t = 2.189$, $p = .029$) อธิบายได้ว่าหากผู้ปกครองเด็กได้รับข้อมูลยาปฏิชีวนะจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์มากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องมากขึ้น อาจเนื่องมาจากปัจจุบันผู้ปกครองเด็กสามารถค้นหาและเข้าถึงข้อมูลวิธีใช้ยาปฏิชีวนะจากสื่อต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และสะดวกขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องมากขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร¹⁸ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาของอสม. ในตำบลบ่อแก้วทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่า ความรู้

เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและการได้รับข่าวสารด้านยาทางวิทยุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของอสม. ได้ร้อยละ 29 ($R^2=0.29$, $p=.004$)

2.3 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการใชยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ไม่เป็นตัวแปรที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็ก หมายความว่าระดับความรู้เรื่องการใชยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็กที่เพิ่มขึ้น ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็ก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองเด็กจะให้ความสำคัญกับการดูแลเด็กเมื่อเด็กเจ็บป่วยตามข้อมูลที่ได้รับจากสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ต่างๆ ที่สามารถเข้าถึง¹⁴ ผลการศึกษารั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ สุวัฒน์ ปริสุทธิคุณพร และมณฑนา เหมชะญาต¹³ ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี ($\beta = .410$, $t = 4.622$, $p < .001$)

2.4 ปัจจัยด้านบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่เป็นตัวแปรที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กหมายความว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคคลกลุ่มต่างๆ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองเด็กทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นบิดามารดาของเด็ก ร้อยละ 89.9 อยู่ในวัยทำงาน (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.18 ปี) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 28,664 บาทและเป็นผู้ดูแลบุตรคนแรก (ร้อยละ 51.2) จึงมีความสนใจ

และความพร้อมในการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย ประกอบกับความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ในโซเชียลมีเดียผู้ปกครองเด็กจึงสามารถค้นและเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใชยาปฏิชีวนะจากสื่อต่างๆ ได้ง่ายและสะดวกกว่าการได้รับคำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะจากบุคคลกลุ่มต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร¹⁸ ซึ่งพบว่า การที่อสม. ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการใชยาปฏิชีวนะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอสม.

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใชยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานสำหรับรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กของผู้ปกครองเด็กโดยการปรับเปลี่ยนระบบให้บริการให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใชยาปฏิชีวนะโดยผ่านสื่อต่างๆ ที่สะดวกต่อการเข้าถึง และเข้าใจง่าย เช่น ฉลากช่วย แผ่นพับ โปสเตอร์ และข้อมูลในเว็บไซต์ รวมทั้งการเน้นย้ำข้อมูลเกี่ยวกับการใชยาปฏิชีวนะโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขเมื่อจ่ายยาแก่ผู้ปกครองเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่สนับสนุนให้การเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้สำเร็จ ขอขอบคุณ

ภญ.อ.ดร.พกามาศ ไหมตรีมิตร ที่กรุณาให้คำแนะนำ กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง การเขียนโครงร่างการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การ ทักท้วงที่กรุณาตอบแบบสอบถาม สรุปและอภิปรายผล ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่

เอกสารอ้างอิง

1. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ศิริตรี สุทธจิตต์, สิตานันท์ พูลผลทรัพย์, รุ่งทิพย์ ขวนชื่น, ภูษิต ประคองสาย. ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการติดยาต้านจุลชีพในประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต].นันทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, องค์การอนามัยโลก; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shares%20Documents/AMR/06.pdf>
2. สุนิชา ชานวาทิก. การเฝ้าระวังการบริโภคยาต้านจุลชีพของประเทศไทย: รากฐานเพื่อการควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(4):593-607.
3. ธิติมา เพ็งสุภาพ, ชินวัจน์ แสงอังศุมาลี. 5 พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2562].เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaidrugwatch.org/download/series/series38.pdf>
4. พรุพท์ รุจนธำรง. การจัดการการติดยาต้านจุลชีพ[อินเทอร์เน็ต].ไทย:วงการแพทย์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2562].เข้าถึงได้จาก: <http://www.wongkampat.com/viewya.php?id=2225#.XbveLJlzbIV>
5. Aghaali M, Hashemi-Nazari SS. Association between early antibiotic exposure and risk of childhood weight gain and obesity: a systematic review and meta-analysis. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism. 2019;32(5):439-45. doi:10.1515/jpem-2018-0437
6. Sornkrasetrin A, Pungnoei N, Thongma N, Klinchat R, Rajataramya B, Nitirat P. Factors Predicting the Rational Antibiotic Use among Nursing Students. The Journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima [Internet]. 2019 [cited 2019 October 17]. Available from: <http://journal.knc.ac.th/pdf/25-1-2562-3.pdf>
7. ปรีชา มนทกานติกุล. หลักการไ้ยยาในผู้ป่วยเด็ก 1-34 การไ้ยยาในเด็กและการเตรียมยาผู้ป่วยเฉพาะราย (เอกสารประกอบการอบรมการไ้ยยาในเด็กและการเตรียมยาผู้ป่วยเฉพาะราย; วันที่ 7- มีนาคม) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.กรุงเทพฯ. 2556.

8. ชูติมาพร ไตรนภากุล, จารุต อนันตวิริยา. พฤติกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดผงแห้งของผู้ปกครอง ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี:ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและเวชสถิติ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ15 ตุลาคม2562]; เข้าถึงได้จาก:<https://apps.hpc.go.th/dmkm/web/index.php?r=site%2Fview&id=30>
9. Hair JR, et al. Multivariate Data Analysis. 6thed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.
10. Best J, Research in education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1970.
11. Bloom BS,et al. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
12. ชรริน ขวัญเนตร, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.2562; 27(4): 77- 88
13. สุวัฒน์ ปริสุทธิวิมลพร, มัณฑนา เหมชะญาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.2557;31:114-27.
14. Khoury GE, Ramia E, Salameh P. Misconceptions and Malpractices Toward Antibiotic Use in Childhood Upper Respiratory Tract Infections Among a Cohort of Lebanese Parents. Evaluation and the Health Professional. 2018; 41(4): 493-511. doi:10.1177/0163278716686809
15. Cantarero-Arevalo L, Hallas MP, Kaae S. Parental knowledge of antibiotic use in children with respiratory infections: a systematic review. International Journal of Pharmacy Practice. 2017; 25(1): 31-49.
16. นุชราพร แซ่ตั้ง, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในอาการเจ็บคอ บาดแผลสะอาด ท้องร่วงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก.2561;19:166-74.
17. อสิริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ จันทร์ส่องสุข, นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา, พาสน์ ทิมทรัพย์. การวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในภาคประชาชนรูปแบบระดับจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดนครนายก[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:คลังข้อมูล และความรู้ ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธันวาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5195?locale-attribute=th>
18. ดาวรุ่ง คำวงศ์, ทิวทัศน์ สังฆวัตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2555; 7(3): 121-6.

ผลของการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (Supra-Cuff Suctioning) ต่อการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 100 ปี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Effect of supra-cuff suctioning on ventilator - associated pneumonia in female medical patients with mechanical ventilator,

Phaholpolpayahaseana Hospital, Kanchanaburi

บุษบา เสริมสุข* และ กัญญา เลี่ยนเครือ*

Bubsaba Sermsuk* and Kanya Liankruea*

*โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Phaholpolpayahaseana Hospital, Kanchanaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) ร่วมกับการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra - cuff suctioning) กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) เพียงอย่างเดียวกลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงที่ใส่เครื่องช่วยหายใจใน 4 วันแรก ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WAPHO) และกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WAPHO) ร่วมกับการทำ (supra - cuff suctioning) โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 - ตุลาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ วิธีการทำ (supra - cuff suctioning) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มีค่า IOC = 0.94 วิธีการทำ (supra - cuff suctioning) มีค่า CVI = 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมในช่วง วันที่ 16 พฤษภาคม 2563 - วันที่ 15 กรกฎาคม 2563 กลุ่มทดลองในช่วงวันที่ 16 กรกฎาคม - วันที่ 31 ตุลาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการคำนวณอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมเกิด EVAP 6 ครั้ง คิดเป็น 13.33 ครั้ง/1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองเกิด EVAP 4 ครั้ง คิดเป็น 9.41 ครั้ง /1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า (supra - cuff suctioning) ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ: ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ, (supra - cuff suctioning), แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WAPHO)

Abstract

The purposes of this quasi-experimental were to compare the incidence of ventilator-associated pneumonia among patients receiving care following the Pneumonitis Prevention Practices associated with ventilator (WHAPO) in combination with supra - cuff suctioning and patients who were cared for according to the Ventilator-Only Prevention of Pneumonia (WHAPO) Practice. The participants were 60 patients on ventilators within the first four day after admission in the female medical units of a hospital during May,2020 to October, 2020 and were selected by purposive sampling. The 30 participants of the control group received the ventilator associated pneumonia prevention Model:WHAPO. On the other hand, the 30 participants of the experimental group received the ventilator associated pneumonia prevention Model : WHAPO combined with (supra - cuff suctioning). The research instrument were general data patient record, the ventilator associated pneumonia prevention Model : WHAPO and (supra - cuff suctioning). Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation and the incident rate of ventilator associated pneumonia . The result showed that the incident rate of VAP in control group was 6 times or 13.33 times/1,000 ventilator days. The experimental group was 4 times or 9.41 times/1,000 ventilator days. Therefore, the result of this study showed that (supra - cuff suctioning) can reduce incident rate of VAP among patients on ventilators in the female medical units.

Keywords: ventilator-associated pneumonia, (supra - cuff suctioning), the ventilator associated pneumonia prevention Model: WHAPO

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัญหาสำคัญ ในโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง ส่งผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้โรงพยาบาล สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิด การติดเชื้อเป็นจำนวนมาก โดยในประเทศ สหรัฐอเมริกาพบว่าเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต มากกว่า 30,000 รายต่อปี ผู้ป่วยต้องนอนใน โรงพยาบาลนานขึ้น 9 - 20 วัน ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการรักษาปอดอักเสบในโรงพยาบาลมากกว่า 1 พันล้านเหรียญสหรัฐในแต่ละปี¹ ในประเทศไทย ที่โรงพยาบาลรามาริบัติซึ่งเป็นโรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิพบว่า อุบัติการณ์การเกิด VAP 3.07–3.42 ครั้ง ต่อ 1,000 วันของการใช้ เครื่องช่วยหายใจ² หนึ่งในห้าอันดับแรกของ หอผู้ป่วยที่เกิด VAP คือหอผู้ป่วยวิกฤตและ กึ่งวิกฤต ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมโดยพบ 3.14–7.83 ครั้ง ต่อ 1,000 วัน ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ²

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia[VAP]) เป็นการติดเชื้อของปอดที่เกิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง ช่วยหายใจมาแล้วมากกว่า 2 วันขึ้นไปจนถึง 2 วันหลังถอดท่อช่วยหายใจ¹ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ early - onset (เกิดภายใน 4 วัน หลังการใส่เครื่องช่วยหายใจ) และ late-onset

(เกิดตั้งแต่วันที่ 5 หลังการใส่เครื่องช่วยหายใจ)³⁻⁴ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator - associated pneumonia [VAP]) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (host related factors) เช่น สูงอายุ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีภาวะทุพโภชนาการนอนโรงพยาบาลนาน เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์ (device related factors) ที่สำคัญได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจก่อให้เกิด VAP ได้สูงถึงร้อยละ 20 เนื่องจากท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการกลืนและความสามารถในการไอเอาเสมหะออก ส่วนการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด VAP สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 6-21 เท่า ความเสี่ยงต่อการเกิด VAP จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อวัน และ 3) ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ (personnel related factors) ส่วนมากเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลที่บุคลากรปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้อง⁵⁻⁷ การใส่ท่อช่วยหายใจมีกลไกที่นำไปสู่การเกิด VAP 3 กลไก ได้แก่ 1) การขัดขวางการขับเสมหะจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากท่อช่วยหายใจขัดขวางการทำงานของ bronchoconstriction reflex ที่ช่วยให้ mucous ขับสิ่งแปลกปลอมไปสู่บริเวณ pharynx ร่วมกับการทำงานของ mucociliary 2) การเกิด colonization ใน oropharynx ซึ่งพบบ่อยภายหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ endotracheal tube (ET) และเกิด biofilm ของแบคทีเรียที่ผิวด้านในของ ET หลังจากใส่ ET เพียง 1 ชั่วโมง 3) เกิดการสะสมของสิ่งคัดหลั่งเหนื่อ ET Cuff จากทางเดินหายใจส่วน

บนที่มีแบคทีเรียจำนวนมากเมื่อมีการสำลัก (micro aspiration) ลงสู่ปอดก็จะนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)⁸

การดูแลสิ่งคัดหลั่งเหนื่อกระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra - cuff suctioning) เป็นการดูแลสิ่งคัดหลั่งเหนื่อกระเปาะยางท่อช่วยหายใจ (ET cuff) ลดการเกิด micro aspirate ของสิ่งคัดหลั่งเหนื่อกระเปาะยางท่อช่วยหายใจ (ETT cuff) สู่ทางเดินหายใจส่วนล่างซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด VAP จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลสิ่งคัดหลั่งเหนื่อกระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra-cuff suctioning) มีบทบาทสำคัญในการช่วยชะลอและลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด VAP 48% ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนักได้ 1.05 เท่า ลดอัตราการตายในโรงพยาบาลได้ 4% และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 4%⁹ ดังนั้นการดูแลและสิ่งคัดหลั่งบริเวณเหนื่อกระเปาะยางท่อช่วยหายใจ (ET cuff) จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เพราะช่วยกำจัดปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิด VAP

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบอุบัติการณ์การเกิด VAP มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลปี 2560-2562 พบ 4.77, 4.8 และ 9.09 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ¹⁰ ซึ่งแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ใช้ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา คือ WHAPO คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีการดำเนินการปรับปรุงพัฒนาแนว

ปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) : WHAPO มาหลายครั้งแต่ยังไม่สามารถลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลงได้อย่างยั่งยืน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี เป็นหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป และผู้ป่วยหนักที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีเตียงที่รับผู้ป่วยหนักจำนวน 8 เตียง มีการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP): WHAPO ที่โรงพยาบาลกำหนดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมาโดยตลอด แต่จากผลลัพธ์การให้บริการยังพบว่าอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ในปี 2560-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้น (2.56, 9.4 และ 11.19 ตามลำดับ) ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัย โดยการนำวิธีการทำ (supra – cuff suctioning) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ใช้ร่วมกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ : WHAPO เพื่อลดจากการสูดสำลักสิ่งคัดหลั่งเหนือ ET cuff ลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง ช่วยลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ลดอัตราการเสียชีวิต ลดจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) ร่วมกับการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra - cuff suctioning) กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) เพียงอย่างเดียว

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) ร่วมกับการทำ Supra - cuff suctioning มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) เพียงอย่างเดียว

ขอบเขตการวิจัย

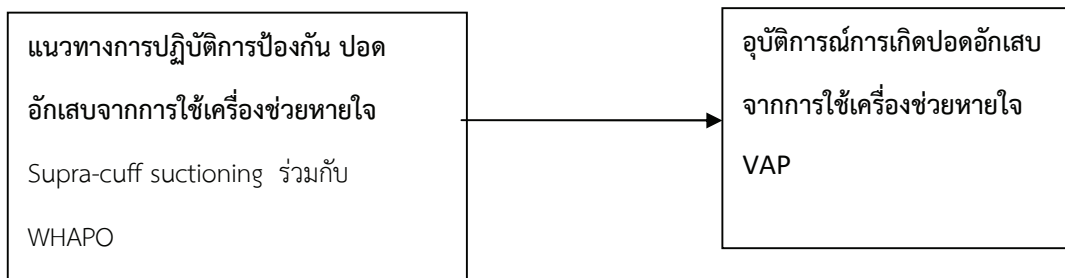
การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เพศหญิง ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2563 - วันที่ 31 ตุลาคม 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยได้ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Two - Group Posttest only Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตอายุรกรรมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 4 วันแรก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม 2563 - วันที่ 31 ตุลาคม 2563 จำนวน 103 ราย 2) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 19 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 4 วันแรก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม 2563 - วันที่ 31 ตุลาคม 2563 จำนวน 60 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตามหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง ให้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน¹¹ และทฤษฎีแนวโน้มค่ากลาง จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจผ่าน endotracheal tube ใน 4 วันแรก 3) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษามีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อมาก่อน 2 วันแรกหลังใส่เครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์ clinical criteria 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็น acute respiratory distress syndrome ก่อน 2 วันแรก หลังใส่เครื่องช่วยหายใจ 3) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา 4) ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยด้วยกรณีต่างๆ เช่น ไม่สมัครใจอยู่รักษา ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ส่งไปรักษาที่หอผู้ป่วยอื่นก่อน 2 วันแรกของการใส่เครื่องช่วยหายใจผ่าน ETT โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยใช้ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: WAPHO โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: WAPHO โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ร่วมกับการทำ (supra –cuff suctioning)

2) พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 19 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยคือ เดือน พฤษภาคม 2563 - ตุลาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการดูแลหะเหื่อน กระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra–cuff suctioning) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแนวทางการดูแลหะเหื่อน กระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra–cuff suctioning) ของเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และดลวิวัฒน์ แสนโสม และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหา content validity Index (CVI) ได้ 1.00

1.2 แนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: WHAPO โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และได้รับการอนุมัติและประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทั่วทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล

W = Wean การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด

H = Hand Hygiene การทำความสะอาด

สะอาดมือก่อนและหลังกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ A = Aspiration Precaution ป้องกันการสูดสำลัก P = Prevent Contamination การดูแลอุปกรณ์เกี่ยวกับการพยาบาล O = Oral care การทำความสะอาดปากและฟัน วันละ 3 ครั้ง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด

2.1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค วันรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี วันใส่ท่อช่วยหายใจ ยาที่ได้รับช่วงที่มีการใส่ท่อช่วยหายใจ วันถอดท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยคำนวณค่า index of item objective congruence (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้คะแนน IOC 0.94 2) ข้อมูลของอุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยใช้ รายงานสถิติการติดเชื้อของหน่วยป้องกันและควบคุม การติดเชื้อโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา คำนวณตาม สูตรของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา¹ ดังนี้

$$\text{อุบัติการณ์ เกิด VAP} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการเกิด VAP ในระยะเวลาการศึกษา} \times 1,000}{\text{จำนวนวันรวมของการใช้ เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาการศึกษา}}$$

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลขที่ 2020/21 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจเข้าร่วม

โครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาหรือ มีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างหรือผู้แทนยินยอมให้ทำการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมผู้ร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยฝึกทักษะการทำ (supra-cuff suctioning) แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี จนมีทักษะและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องพร้อมทั้งมีเอกสารแนวทางวิธีการปฏิบัติ การทำ (supra-cuff suctioning) ไว้สำหรับศึกษาที่หอผู้ป่วยด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. พยาบาลผู้ร่วมวิจัย ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ : WHAPO ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 100 ปี ในระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2563 - วันที่ 15 กรกฎาคม 2563 โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันแรกของการใส่ ETT และเก็บข้อมูลการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในวันที่ 2-4 หลังใส่ ETT

3. พยาบาลผู้ร่วมวิจัย ใช้วิธีปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ : WHAPO ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ร่วมกับการทำ (supra-cuff suctioning) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองในระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม 2563-วันที่ 31 ตุลาคม 2563 โดยเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันแรกของการใส่ ETT

และเก็บข้อมูลการเกิด VAP ในวันที่ 2-4 หลังใส่ ETT

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์หาอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 43-90 ปี ค่าเฉลี่ย อายุ 69.53 ปี (SD = 12.61) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมาอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 30 การวินิจฉัยโรค sepsis ร้อยละ 26.66 รองลงมาเป็น congestive Heart failure ร้อยละ 20 ได้รับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 93.33 จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ 2-4 วัน ร้อยละ 80 ค่าเฉลี่ย 4.7 วัน (SD=4.46) กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 41-80 ปี ค่าเฉลี่ย อายุ 68.43 ปี (SD = 12.40) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 30 รองลงมาอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 26.66 การวินิจฉัยโรค sepsis และ congestive heart failure อย่างละเท่าๆกัน ร้อยละ 23.33 ได้รับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 90 จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ 2-4 วัน ร้อยละ 76.67 ค่าเฉลี่ย 4.26 วัน (SD=3.12) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	30	100	30	100
อายุ (ปี)				
41-50	2	6.67	3	10
51-60	3	10	5	16.67
61-70	10	33.33	9	30
71-80	9	30	8	26.66
มากกว่า 80	6	20	5	16.67
	X=69.53	SD = 12.61	X=68.433	SD = 12.40
การวินิจฉัยโรค				
Stroke	5	16.67	3	10
COPD	4	13.33	5	16.67
Asthma	5	16.67	6	20
Congestive Heart Failure	6	20	7	23.33
Sepsis	8	26.66	7	23.33
Other	2	6.67	2	6.67
การได้รับยาปฏิชีวนะ				
ได้รับ	28	93.33	27	90
ไม่ได้รับ	2	6.67	3	10
จำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ				
2- 4 วัน	24	80	23	76.67
5-10 วัน	2	6.67	4	13.33
11-20 วัน	4	13.33	3	10
	X=4.7	SD = 4.46	X=4.26	SD = 3.12

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

เพศหญิงร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 24-30 ปี ร้อยละ 73.68 อายุเฉลี่ย 28.4 ปี (SD = 4.73) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.90 เฉลี่ย 7 ปี (SD =4.7) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (N=19)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	19	100
อายุ (ปี)		
24-30	14	73.68
มากกว่า 30	5	26.32
อายุต่ำที่สุด 24 ปี อายุสูงสุด 45 ปี อายุเฉลี่ย 28.4 ปี SD 4.73		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19	100
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	11	57.90
มากกว่า 5 ปี	8	42.10
ประสบการณ์น้อยสุด 2 ปี มากสุด 20 ปี เฉลี่ย 7 ปี SD 4.7		

2. อุบัติการณ์การเกิด ปอดอักเสบ ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนกลุ่มทดลองเกิด EVAP จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ : early-onset 4 ครั้งคิดเป็น 9.41 ครั้ง/1,000 วัน ใช้เครื่องช่วย VAP การประเมินการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์ หายใจ เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิด VAP กับเครื่องช่วยหายใจในวันที่ 2-4 หลังใส่เครื่อง ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีอุบัติการณ์การเกิด VAP สูงกว่ากลุ่มทดลอง ดัง ช่วยหายใจพบว่าในกลุ่มควบคุมเกิด EVAP 6 ครั้งคิดเป็นอุบัติการณ์ 13.33 ครั้ง/1,000 วัน แสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ : EVAP ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N= 60)

	จำนวนการเกิด VAP (ครั้ง)	จำนวน Ventilator Day (วัน)	VAP Incidence/ 1000 ventilator day
กลุ่มควบคุม (N=30)	6	450	13.33
กลุ่มทดลอง (N=30)	4	425	9.41

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างผู้ป่วยวิกฤตอายุร กรรมหญิงที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และ ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการ

ติดเชื้อในโรงพยาบาล : WAPHO ร่วมกับการดูแลสิ่ง คัดหลังเหนือกระเปาะยางของผู้ป่วยใส่ท่อช่วย หายใจ (supra-cuff suctioning) กับผู้ป่วย วิกฤตอายุรกรรมหญิงที่ได้รับการใส่เครื่องช่วย หายใจ ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการ ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล : WAPHO

เพียงอย่างเดียวกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมหญิงที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น Sepsis รองลงมาเป็น congestive heart failure ได้รับยา antibiotic เป็นส่วนใหญ่ มีระยะเวลาวันใส่เครื่องช่วยหายใจ 2-4 วัน เป็นส่วนใหญ่ ผลการวิจัยพบว่าการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ WHAPO ร่วมกับการดูดเสมหะเหนือกระเปาะสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra – cuff suctioning) ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ได้ดีกว่าการใช้แนวปฏิบัติ WHAPO เพียงอย่างเดียว กล่าวคือกลุ่มทดลองเกิด VAP 4 ครั้ง (incidence 9.41/1000 ventilator-day) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเกิด VAP 6 ครั้ง (incidence 13.33/1,000 ventilator-day) ซึ่งสามารถอธิบายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) ร่วมกับการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra-cuff suctioning) มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WHAPO) เพียงอย่างเดียว อธิบายได้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะไปขัดขวางกลไก การไอ การขับเสมหะ ลดการทำงานของ microciliary reflex ลดการทำงานของ glottis และ larynx แต่เพิ่มการหดเกร็งของหลอดลม และทำให้สูญเสียกลไกการป้องกันเชื้อสู่ทาง

เดินหายใจตามธรรมชาติจึงเป็นเหตุให้ติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้นหลังใส่ท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจยังทำให้เกิดการบาดเจ็บของเยื่อบุทางหลอดลมซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจและการใส่ท่อช่วยหายใจจะทำให้สภาพแวดล้อมในช่องปากเอื้อต่อการที่เชื้อก่อโรคมักมีการเพิ่มจำนวนและเกิดการ colonization ใน oropharynx และใน nasal sinuses โดยเชื้อแบคทีเรียจาก oropharynx, sinus cavities, ช่องจมูก, dental plaque และ gastrointestinal content จะปนอยู่กับน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งของทางเดินหายใจและไหลลงไปที่กระเปาะเหนือกระเปาะท่อช่วยหายใจ (ET cuff) โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถขับสิ่งคัดหลั่งนี้ออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพและเมื่อเกิดการรั่วของสิ่งคัดหลั่งรอบๆ กระเปาะท่อช่วยหายใจ (ETcuff) เช่น การสำลัก (microaspiration) เมื่อผู้ป่วยไอหรือเมื่ออากาศในกระเปาะท่อช่วยหายใจ (ET cuff pressure) ต่ำเกินไป (เช่น น้อยกว่า 20 mmHg) สิ่งคัดหลั่งที่อุดมไปด้วยแบคทีเรียและเชื้อราจะไหลลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างและนำไปสู่การเกิด VAP⁸ ในแนวปฏิบัติ WAPHO ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการสูดสำลักเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจส่วนล่าง และยังไม่มีวิธีการปฏิบัติในการระบายสิ่งคัดหลั่งที่บริเวณเหนือกระเปาะท่อช่วยหายใจ (ET cuff) ดังนั้นการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะท่อช่วยหายใจ (supra –cuff suctioning) ซึ่งเป็นการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะท่อช่วยหายใจ จึงเป็นการช่วยระบายสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะท่อช่วยหายใจ (ET cuff) ลดการเกิด microaspiration ของสิ่งคัดหลั่งผ่านรอบๆ

กระเปาะยางท่อช่วยหายใจ (ETT cuff) ลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำไปสู่การเกิด VAP ดังนั้นเมื่อนำการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra-cuff suctioning) มาใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติ WAPHO จึงทำให้สามารถชะลอและลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้มากกว่าการใช้แนวปฏิบัติ WAPHO เพียงอย่างเดียว ที่ผ่านมาระบบพยาบาลพลพลพหุเสนา มีการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: WHAPO มาโดยตลอดทั่วทั้งองค์กร แต่พบว่าอุบัติการณ์การเกิด VAP มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลปี 2560-2562 พบ 4.77, 4.8 และ 9.09 ครั้งต่อ 1,000 วัน ใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ¹⁰ เช่นเดียวกับอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหทัยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (2.56, 9.4 และ 11.19 ในปี 2560-2562 ตามลำดับ) เมื่อนำการดูดสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะยางสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra-cuff suctioning) มาใช้ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติ WHAPO เดิมพบว่าอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าการใช้แนวปฏิบัติ WHAPO เพียงอย่างเดียวซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า (supra-cuff suctioning) ช่วยลดอุบัติการณ์และความเสี่ยงการเกิด VAP¹²⁻¹⁴

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สร้างเสริมให้บุคลากรมีความตระหนักในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการนำวิธีการทำ supra-cuff suctioning มาใช้ในการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ทั้งนี้การนำ supra-cuff suctioning ไปใช้จะต้องมีการฝึกทักษะให้พยาบาลผู้ให้ทุกคนให้มีความรู้และทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ไม่เกิดความวิตกกังวลในการปฏิบัติและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยและควรมีการติดตามประเมินและตรวจสอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและให้คำปรึกษา ฝึกทักษะเพิ่มในกรณีที่ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องหรือครบถ้วนเนื่องจากเป็นกิจกรรมการพยาบาลใหม่ซึ่งผู้ปฏิบัติยังไม่คุ้นชินการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล นำผลวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ด้านการศึกษาวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวัดผลหลังการทดลองและศึกษาเฉพาะ early-onset VAP เท่านั้นควรมีการศึกษาใน late-onset VAP เพื่อพัฒนาและปรับให้เหมาะสมกับการใช้ในผู้ป่วยแต่ละประเภท

เอกสารอ้างอิง

1. CDC. Pneumonia (ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated pneumonia [PNEU]) event. New england journal of medicine 2018; 379: 1732-44.
2. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Infection Control Committee. Surveillance database of Ramathibodi Hospital, 2013. Ramathibodi Hospital (Thailand): Mahidol University; 2013.
3. Hariger DM. Pneumonia associated a ventilator mechanical. Pulmoa RJ 2009; 2 : 37-45
4. Trouillet JL, Chastre J, Vuagnat A, Joly –Guillou ML, Combaux D, Dombret MC, et al. Ventilator –associated Pneumonia caused by potential drug resistant bacteria. Amm J Respir Crit Care Med 1998; 157(2): 531
5. อะเคื้อ อุนทเลทกะ. แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมือง นวัตกรรม; 2560.
6. Girard, T. D., Kress, J. P., Fuchs, B. D., Thomason, J. W. W., Schweickert, W. D., & Ely, E. W. Efficacy and safety of a patient sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (awakening and breathing controlled trial) : a randomized controlled trial Lancet 2008; 371: 128-134.
7. Michael, K., Richard, B., Eric, C. E., Linda, R. G., Michael, D. H., Grace, L., Shelley, S. M., Lisa, L. M., Gregory, P. P., Kathleen, S., Deborah, S. Y., & Sean, M. B. (2014). Strategies to prevent ventilator associated pneumonia in acute care hospitals : 2014 update. Infection control and hospital epidemiology 2014; 35(8): 915-936.
8. เบลูจมาศ ทำเจริญตระกูล และดลวิวัฒน์ แสนโสม. การดูแลสิ่งคัดหลั่งเหนือกระเปาะสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (supra –cuff suctioning): นวัตกรรมเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2561; 24(1): 130-142.
9. Frost, S. A., et al. Subglottic secretion drainage for preventing ventilator associated pneumonia: A meta-analysis. Australian Critical Care 2013; 26(4): 180-188.
10. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. รายงานอัตรา การติดเชื้อในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา; 2562
11. สุวิมล ว่องวานิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย. แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
12. เบลูจมาศ ทำเจริญตระกูล และดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม. วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครราชสีมา 2562; 25 (1): 25-40.

13. Jena,S. et al. Comparison of suction above cuff and standard endotracheal tubes in neurological patients for the incidence of ventilator-associated pneumonia and in-hospital outcome: A randomized controlled pilot study. Indian Journal of Critical Care Medicine 2016; 20(5): 264-266.
14. Ranjan,N.Chaudhary,U.Chaudhry,D.&Ranjan, P.K.Ventilator-associated pneumonia in a tertiary care intensive care unit: Analysis of incidence, risk factors and mortality. Indian Journal of Critical Care Medicine 2014; 18(4):200-204.

ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง
Effect of case management on self-care behavior and blood sugar
levels in patients with Type-2 diabetes Mellitus who come to
Outpatient Nursing Section Banpong Hospital, Ratchaburi Province.

ดวงรัตน์ อินทรแสน*

Tuangrat Intarasan*

* หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

*Outpatient Nursing Section, Banpong Hospital, Banpong District, Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ของโอเร็ม ประกอบด้วยกิจกรรม การประเมินปัญหาปัญหา การวางแผนการดูแลร่วมกัน การให้การปรึกษา การโทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผล คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้มีคุณลักษณะ ใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ รวมระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม-10 พฤษภาคม 2563 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คู่มือการจัดการรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วย คู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาล ในเลือด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เท่ากับ 0.90 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ .88 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทีคู่ สถิติทีอิสระ ผลการวิจัย พบว่า

- 1) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่า ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
- 2) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
- 3) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อน ได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ : จัดการรายกรณี โรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This quasi-experimental study was conducted to examine the effects of a case management program applying Orem's nursing system theory on self-care behavior and Blood sugar levels in type 2 diabetes patients. Sixty patients were purposively sampled. The control groups and experimental groups in each group was 30, matched by gender and age Includes a 12-week trial period from March 1 to May 10, 2019. The experimental instruments were case management in diabetic patients. The experimental group received nursing activities, requiring continuous practice with diabetic patients complete a set of activities according in 12 weeks. The program consisted of health education, health assessment, a clinical pathway, individual counseling, telephone follow up and home visit. The control group received usual nursing care. The content validity index of the latter tool which was examined by three experts was 0.90. The Cronbach 's alpha coefficient reliability of the questionnaire was 0.88. The data were analyzed using percentage mean standard deviation paired t- test and independent t-test.

The research results revealed that:

1. The mean score of Self-care behavior of type-2 diabetes patients after receiving the case management was significantly higher than before receiving the program ($p < .01$)
2. The mean score of Self-care behavior of type-2 diabetes patients who received the case management was significantly higher than the patients who received routine nursing care ($p < .01$)
3. Blood sugar levels of type-2 diabetes patients diabetic patients after receiving the case management was significantly lower than before receiving the program ($p < .01$)

Keywords: Case management for patient with diabetic Mellitus, Self-care behavior, Blood sugar levels

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นโรคไม่ติดต่อและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี 2558 ผู้ป่วยเบาหวาน ทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 642 ล้านคน ในปี 2583¹ สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคเบาหวาน ปี 2557 เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็น จำนวนคนเป็นโรคเบาหวานมากถึง 4.80 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี 2552 พบเพียงร้อยละ 6.90 หรือ

มีคนเป็นโรคเบาหวาน 3.30 ล้านคน และพบ อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในช่วงปี 2556-2558 ผู้ป่วย เบาหวานสูงขึ้น อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานต่อ ประชากรแสนคน เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 .88 และ 12.06 ตามลำดับซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี² จากสถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลบ้านโป่งมี จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีพ.ศ. 2559-2561 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มี

ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 130 mg/dl และมีน้ำตาลสะสมในเลือดหรือฮีโมโกลบินที่น้ำตาลเกาะ (glycosylated hemoglobin HbA_{1c}) มากกว่า 7% คิดเป็นร้อยละ 19.27%, 20.59% และ 21.12% ตามลำดับ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ เจตคติ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่เห็นความสำคัญในการควบคุมน้ำตาลในเลือด จึงไม่มีความคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบกับไม่รู้รูปแบบการดูแลที่เฉพาะที่ชัดเจน การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมองค์รวม ซึ่งในปัจจุบันคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลบ้านโป่ง ใช้ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ เน้นทีมงานมากกว่าการตอบสนองและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2563 มีเป้าหมายให้ประชาชนชุมชน สังคมและประเทศมีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการ สกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญ โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคเมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง และการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง จัดเป็นหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงกันเป็น เครือข่าย³ อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานด้าน โรคเรื้อรังยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังพบอัตรา

การเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นทุกปี⁴ ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวนมาก⁵ ดังนั้น การจัดการปัญหาโรคเรื้อรังให้เกิดประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพที่ดีนั้นบุคลากรผู้รับผิดชอบจำเป็นต้อง ได้รับการพัฒนาสมรรถนะสำคัญให้มีความรู้ความ เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการจัดการรายกรณี ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนการจัดการกับ ปัญหาโรคเรื้อรังสำคัญที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก ในประเทศไทยสภาการพยาบาลได้จัดอบรม พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีอย่างเป็นระบบโดย จัดให้มีการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะ ทางสาขาการพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขึ้นในปีพ.ศ. 2554 ซึ่งถือว่าเป็นหลักสูตรการ จัดการรายกรณีที่เป็นรูปธรรมหลักสูตร แรกของประเทศไทย⁶ สำหรับโรงพยาบาล บ้านโป่ง ได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มจากผู้ป่วยเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ รับการประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ได้ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่ ติดต่อประสานงาน กำกับดูแล รวมทั้งประเมินผล การปฏิบัติ ติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง โดยอาศัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการ จัดการรายกรณีของโพเวลและทาฮาน (Powel & Tahan, 2010) มาใช้ในการจัดการการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย ให้ได้รับกระบวนการดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวม โดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การประเมินผล 6) การดำเนินการตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง สามารถมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ มากขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาเปรียบเทียบ

1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลัง เข้าร่วมการจัดการรายกรณี

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มก่อน และหลังเข้าร่วมการจัดการรายกรณี

3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อน และหลังเข้าร่วมการจัดการรายกรณี

สมมติฐานการวิจัย

1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมการจัดการ

รายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

2) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่เข้าร่วมการจัดการ รายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมการจัดการรายกรณี สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการ รายกรณี⁷ ร่วมกับกรอบแนวคิดการดูแลตนเอง โดยการจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการความ ร่วมมือในการประเมินการวางแผน จัดการดูแล ให้คำปรึกษา ในการเลือกแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็น อย่างมีคุณภาพ อาศัยการสื่อสาร การจัดการ ทรัพยากรที่ดี มีการประเมินความต้องการของ ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม แบบองค์รวม ผู้จัดการราย กรณี (case manager) ทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน กำกับการดูแล รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ ติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินปัญหา 3) การวางแผนการดูแล 4) การจัดการรายกรณีตาม แผนการจัดการรายกรณี 5) การประเมินผล 6) การ ติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการประยุกต์ ทฤษฎีระบบการพยาบาลแรงสนับสนุน และการให้ ความรู้ของโอเร็มมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นระบบ การพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน และ คำแนะนำในการดูแลตนเอง⁷ โดยมีวิธีการทำใน 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน

- 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน และ
5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง

การดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จับคู่เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ให้มีความคล้ายคลึงกัน ด้านเพศ อายุ โดยมีคุณสมบัติดังนี้ อายุ 40-65 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS $\geq$ 183-350 mg/dl) มากกว่า 2 ครั้ง ในเวลา 1 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2562 ตั้งแต่ ตุลาคม 2562-ตุลาคม 2563 อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านโป่ง และมารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ฉีดอินซูลินมีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตาม

แผนการจัดการรายกรณี สามารถติดต่อสื่อสารได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2563 - 1 กรกฎาคม 2563

เครื่องมือใช้ในงานวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิด คือ 1) คู่มือการจัดการรายกรณี ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดการรายกรณี ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ ทฤษฎีระบบ การพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ของโอริม⁷ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม จากทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนสมาชิก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด จำนวน 14 ข้อลักษณะคำถามเป็นมาตราการประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจด้านภาษาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30 รายได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เช่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างของการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบการเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพ ในระหว่างดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง โดยผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยแนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยควรทราบ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานตอบรับเข้าร่วมการวิจัย โดยเซ็นติใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเลือกผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยเริ่มดำเนินการหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ และกำลังรอรับยาก่อนกลับบ้านใช้ระยะเวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มกิจกรรมตามแผนการจัดการรายกรณี โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยการจัดการ ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยตนเอง

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี โดยดำเนินการตามขั้นตอนแผนการจัดการรายกรณี รายบุคคล คนละ 30 นาที โดยดำเนินการตามรายกรณี 1) การคัดเลือก ผู้ป่วย

2) การประเมินสุขภาพ และระบุปัญหาของผู้ป่วย
3) การพัฒนาแผนการจัดการรายกรณี
4) การดำเนินการตามแผนการจัดการรายกรณี
5) การประเมินผล 6) การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด อายุ 40-65 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS $\geq$ 183-350 mg/dl)

2. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจากข้อมูลการตรวจเลือด และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนเข้าร่วมการจัดการรายกรณีประเมินปัญหารายบุคคลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนแก้ไขปัญหาคือให้ข้อมูล เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ตามข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในส่วนที่ผู้ป่วยทำได้เอง นำข้อมูลจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-3 ติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เพื่อเสริมพลังและค้นหาปัญหาและอุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4-8 ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน และปัญหาอุปสรรค ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

สัปดาห์ที่ 5-11 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเสริมพลัง และติดตามปัญหาและอุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 12 การติดตามประเมินผล จากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หลังได้รับการจัดการรายกรณี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t – test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 42 มีอาชีพรับจ้างจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 42 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท/เดือน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 55

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 92 พบโรคแทรกซ้อนทางไตของกลุ่มควบคุม 1 คน โรคแทรกซ้อนทางไตกลุ่มทดลอง 3 คน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน 4-6 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35

ผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าภายหลังเข้าร่วมการจัดการรายกรณีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ทีคู่ (pair t-test $N=60$)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง ($N=30$)		หลังทดลอง ($N=30$)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง						
การรับประทานอาหาร	16.36	2.91	20.36	2.67	-12.53*	0.00
การรับประทานยา	14.46	2.70	16.76	2.41	-12.75*	0.00
การออกกำลังกาย	6.16	2.76	7.6	2.14	-6.91*	0.00
การจัดการความเครียด	5.86	2.44	6.93	2.34	-6.78*	0.00
กลุ่มควบคุม						
การรับประทานอาหาร	16.7	2.66	16.5	2.60	1.64	0.10
การรับประทานยา	14.76	2.56	14.36	2.67	3.24	0.13
การออกกำลังกาย	5.96	2.79	5.96	2.79	.00	1.00
การจัดการความเครียด	5.63	2.55	5.73	2.53	-1.3	0.18

* $p < .01$

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรการดูแลตนเองของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าพฤติกรรมกรการดูแลตนเอง สูงกว่า ก่อนใช้การจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.00$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรการดูแลตนเอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ทีคู่ (Independent t-test $N=60$)

พฤติกรรมกรการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง (N =30)		หลังทดลอง (N =30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร	16.5	2.60	24.6	5.60	-7.17 *	.00
ด้านการรับประทานยา	14.3	2.60	15.9	3.97	-1.75 *	.00
ด้านการออกกำลังกาย	5.96	2.79	7.9	2.24	-2.95 *	.00
ด้านการจัดการความเครียด	7.73	2.53	7.93	2.06	-3.68 *	.00

* $p<.01$

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังใช้การจัดการ รายกรณีต่ำกว่าก่อนใช้การจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.00$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีโดยใช้สถิติ Paired sample t- test

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง	ก่อนทดลอง (N =30)		หลังทดลอง (N =30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
	226.37	36.67	160.16	45.09	4.966*	.00

* $p<.01$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมกรการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมการจัดการรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่า ในขั้นตอนการจัดกิจกรรมการจัดการรายกรณี

เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการประเมินพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมา ร่วมกันค้นหาปัญหา และนำมาวางแผนการดูแลให้ตรงกับปัญหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้โรคเบาหวาน ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองตามสภาพปัญหาของแต่ละราย ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนการชี้แนะ รวมทั้งการสาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การฝึกประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง การประเมินความอ่อนแอของการออกกำลังกาย ฝึกการออกกำลังกายร่วมกับคู่มือการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกระตุ้นเตือนโดยการโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมบ้าน และนัดติดตามทางคลินิกพร้อมทั้งติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองซ้ำ และระดับน้ำตาลในเลือด ภายใน 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของพัชรพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนางสัยชัยเชื้อ และพรทิพย์ รัตนทรงธรรม^๖ และจากการศึกษาของธัชศรีณพร พรหมเศรษฐี ทรงสมร แยมอรุณและสุกัญญา วงษ์ษา^๗ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หลังได้รับการจัดการรายกรณีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่เข้าร่วมการจัดการรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนแรกของ Powell & Tahan¹⁰ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การประเมินผล และ 6) การติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง ตั้งแต่ในคลินิกจนถึงการเยี่ยมบ้าน ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาการให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยในส่วนขาด จากการประเมินปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อให้การจัดการแก้ไขปัญหานั้นตรงประเด็นและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้ดีขึ้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพการค้นหาความผันแปรด้านสุขภาพ การวางแผนการจัดการรายกรณี ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขา และการติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการรายกรณี สอดคล้องกับการศึกษาผลของมยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ¹¹ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการให้ความรู้ การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้าน หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมการจัดการรายกรณี สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่าการจัดการรายกรณีกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งรูปแบบการจัดการรายกรณีให้กับผู้ป่วยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยตนเอง มีการติดตามเยี่ยม และประเมินผลทำให้พยาบาลสามารถตรวจสอบข้อมูลและประเมินคุณค่าของกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นำมาพิจารณาปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานความรู้และการตัดสินใจของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมจิต อนุชาน และอารมณ พรมดี รวมถึงการศึกษาของ ราตรี โกศลจิตร และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย¹²⁻¹³ ที่พบว่าภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว และคลายตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนดำเนินการจัดการรายกรณี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

ควรขยายผลการศึกษาครั้งนี้ด้วยการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพใช้การจัดการรายกรณี

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ให้ครอบคลุมทั้งหน่วยบริการและพัฒนาให้เป็นวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการบริการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่จำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโรคไต

2. ด้านการพยาบาล

ทีมการพยาบาลควรร่วมกันสร้างแบบประเมินผู้รับบริการตามแนวคิดการจัดการรายกรณี รวมถึงคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดการจัดการรายกรณีแสดงให้เห็นปรากฏชัดเจนในการทำงานของพยาบาลอันจะแสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพ

3. ด้านการศึกษา

ส่งเสริมให้มีนักศึกษาพยาบาลได้บูรณาการแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในกระบวนการพยาบาลปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการ รวมถึงการจัดให้มีการสอนเสริมความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ตระหนักถึงการใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล มาเป็นฐานในการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล อย่างถูกต้องอันจะส่งผลให้การพยาบาลมีผลลัพธ์ที่มีคุณภาพสูงขึ้น

4. ด้านการวิจัย

ควรมีการวิจัยต่อเนื่องถึงผลการจัดการรายกรณี ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ใช้ระยะเวลาการศึกษาที่มากขึ้นด้วยการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเปรียบเทียบกับเป็น

ระยะๆ ทุก 3-6 เดือนและศึกษาถึงผลลัพธ์ทาง ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการแผนก การพยาบาลในด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีความจำเพาะ 30 2ส นำไปสู่รูปแบบการดูแลการจัดการรายกรณี และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF. ประเด็น สารณรงควัฒนเบาหวานโลกปี 2561 (ปีงบประมาณ 2562) เอกสารอัดสำเนา.
2. กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปี ปฏิทิน พ.ศ. 2558.[อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2563]; สืบค้นจาก: <http://thaincd.com/informationstatistic/non-communicable-disease-data.php>
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และ มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554–2563. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2563]; สืบค้นจาก: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pd
4. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และคณะ เนติมา คูณีย์ (บรรณาธิการ). การทบทวนวรรณกรรม:สถานการณ์ ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี; อาร์ต ควอลิไฟท์. 2557.
5. ศิริอร สินธุ, และคณะ. หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล ผู้จัดการ รายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง). นนทบุรี: สภาการพยาบาล.2554.
6. Powel,SK,&Tahan,H.A.Case management:a pratical guide for education and practice. (3rd ed). Philade,PA;Wolters Kluwer Health Lippincott William & Wikins 2010.
7. Orem DE, Susan G,Taylor & Kathie ML.Renpenning Nursing concepts of practice (6 thed) . St. Louis: Mosby. 2001.
8. พัชรพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และพรทิพย์ รัตนทรง. ผลของโปรแกรมการจัดการ รายกรณีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(2) : 1-10.
9. อธิสรณ์พร พรหมเศรษฐี และคณะ. ผลการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุที่มีเบาหวานขึ้น จอประสาทตาในคลินิกผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19 (พิเศษ) : 110-118.
10. Powell, SK, &Tahan, H.A.Case management :a pratical guide for education and practice. (3rd ed).Philade,PA;Wolters Kluwer Health Lippincott William &Wikins 2010.
11. มยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28 (4) : 695-704.

12. เปรมจิต อนุมาน และอรุณณ์ พรหมดี ประสิทธิภาพการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน คลินิก
หมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี
สรรพสิทธิประสงค์. 2562; 3(2) : 37-55.
13. ราตรี โกศลจิตร และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก. พยาบาลสาร .2560; 44(1) : 26-38.

กรณีศึกษา (Case study)

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง

โดยใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)

Nursing care for diabetic mellitus patients with chronic kidney disease by the use of motivational Interviewing.

บังอร การวัฒน์*

Bungorn Karnwattanee*

*พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา ตำบลเจ้าเจ็ด อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

*Registered Nurse, Outpatient Department, Sena Hospital, Chao Chet sub-district, Sena District,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีอัตราการกรองของไตลดลงจากการได้รับยากลุ่ม NSAIDs และสมุนไพร หากไม่ได้รับความรู้ ไม่ได้รับการประเมินปัญหาและแก้ไขได้ทันที่ การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น อาจก่อให้เกิดความสูญเสียและต้องทำการล้างไตไปตลอดชีวิต พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล ซึ่งทั้งนี้จะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครอบคลุม พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้สาขาต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังโดยประยุกต์ใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ เลือกวิธีการปรับพฤติกรรมตามบริบทของบุคคล ครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม การปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ผู้ป่วยปลอดภัย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

Abstract

Patients with chronic kidney disease when receive NSAIDs drugs and herbs. Effect to glomerular filtration rate decreased. If they do not get knowledge and problem has not been assessed and resolved. It can cause disease progression loss and require dialysis for long life. Nurses have an important role and managing individual health issues for clients, must be able to find problems to meet the needs of the recipient. Nurses must have a framework that is derived from the concept Nursing theories and knowledge in various fields to apply accordingly. The purpose of this study was to improve the quality of nursing care for diabetic patients with chronic kidney disease by applying conversation to build motivation. To find problems and needs by choose a method for adjusting

behavior based on the context of the individual, family and behavior adjustment for sustainability. Patients have safety and behavior correctly and suit the existing disease able to continue life normally.

Keywords: Chronic kidney disease motivational interviewing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และสำคัญของสาธารณสุขไทย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษา บำบัดทดแทนไตเป็นจำนวนมาก¹⁻² จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตวายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2561 มีจำนวน 1,205.03 ต่อประชากร 100,000 คน และพบเป็นอันดับ 5 ของสาเหตุการป่วยของประชากร และพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ได้แก่ การมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ซึ่งมีผลทำให้ไตเสื่อมลง เกิดไตวายระยะสุดท้าย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิต³⁻⁴

โรคไตจากเบาหวาน (diabetic kidney disease : DKD) เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย ข้อมูลจาก Thailand Renal Replacement Therapy (TRT) Registry พ.ศ.2556 พบว่าประมาณร้อยละ 37.6 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานมีอัตราการเสื่อมของการทำงานของไต (progression of kidney disease) ที่เร็วกว่าโรคไตเรื้อรังจากสาเหตุอื่น แต่หากสามารถควบคุม

ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้ ก็จะช่วยชะลออัตราการกรองลดลงของ GFR (Glomerular Filtration Rate) ให้ช้าลงได้² ผู้เป็นโรคนี้จึงจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคร่วม ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม รวมถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษาอย่างเคร่งครัด ดังนั้นการเสริมแรงจิตใจให้ผู้เป็นโรคนี้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีพฤติกรรมที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง⁵ ปัจจุบันมีการศึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ในผู้ติดสารเสพติดและผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งในผู้เป็นโรคไตเรื้อรังอย่างกว้างขวาง โดยพบว่า การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (motivational interviewing: MI) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้⁶⁻⁷

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเสนา มีผู้ป่วยจำนวน 3,838 ราย (ปี 2562) พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 จำนวน 780 ราย จากสถิติ ปี 2561-2562 พบว่าผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรัง ระยะ 3b-ระยะ 5 เฉลี่ย 30-40 ราย/ปี⁸ มีการใช้ยาสมุนไพรและ NSAIDs และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มาด้วยภาวะไตวายเฉียบพลัน ในคลินิกเบาหวาน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) ที่พบผู้ป่วยและให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เป็นบทบาทสำคัญมากที่จะต้องประเมินให้ครอบคลุม ต้องมีองค์ความรู้

ตระหนักและแก้ไขความเสี่ยงต่างๆ ได้ทันทั่วทั้งที่ รวมทั้งการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการนำองค์ความรู้และทฤษฎีต่างๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ชะลอการเสื่อมของไต และควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง จึงนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยใช้แนวคิดการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) Engagement (การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ) 2) Find out motivation (การค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ) 3) Strengthen motivation (การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง) 4) Advice with menus (การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง) และ 5) Making a solid plan (วางแผนและสรุป) มาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

วิธีดำเนินการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1 ราย จากนั้น

ทำการแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยทุกครั้งที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม รวมเยี่ยม 8 ครั้ง ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2563 รวมดูแลผู้ป่วยรายนี้ 10 เดือน 7 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล โดยลงแบบบันทึกเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ HOSxp Version 4 เป็นการซักประวัติ คัดกรอง แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาและยาที่ได้รับ ส่วนที่ 2 เป็นสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นการบันทึกปัญหาที่ติดตาม เป้าหมายด้านสุขภาพที่ต้องการ

การดำเนินการศึกษา โดย ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ตำรา เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กายวิภาคและสรีรวิทยาของไต โรคเบาหวานกับไต การชะลอไตเสื่อม ยาและสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต่อไต การบำบัดทดแทนไตและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลรายละเอียดประวัติของผู้ป่วยจากผู้ป่วยและญาติ โดยขออนุญาตศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย การซักถามเพิ่มเติมและการติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการเป็นระยะๆ ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด โดยมีการนัดหมายล่วงหน้าตรงตามวันที่นัดพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ

2. ประยุกต์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นการวางกรอบในการพยาบาลให้มีคุณภาพในทุกมิติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

ตอนได้แก่ 1. การประเมินภาวะสุขภาพ 2. การวินิจฉัยการพยาบาล 3. การวางแผนการพยาบาล 4. การใช้แผน การพยาบาล 5. การประเมินผลการพยาบาล⁹ และให้การพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Miller & Rollnick ที่นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง¹⁰ ได้แปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1. Engagement (การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ) 2. Find out motivation (การค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ) 3. Strengthen motivation (การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง) 4. Advice with menus (การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง) 5. Making a solid plan (วางแผนและสรุป)

3. การติดตามประเมินผลการให้การพยาบาลร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยกำหนดแผนการติดตามการปฏิบัติตามของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ขั้นตอนใดที่มีความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ

4. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วนคือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ 3) การติดตามประเมินผลการปรับพฤติกรรมโดยใช้

แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 52 ปี รักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ปี ส่งตัวมาโรงพยาบาลเสนา วันที่ 8 มกราคม 2563 ด้วย CKD ระยะ 4 ค่า eGFR 22.71 ml/min/1.73m² Cr 2.42 mg/dl เพื่อพบอายุรแพทย์โรคไต จากอัตราการกรองของไตลดลง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ประมาณ 2 ปี ที่ผ่านมา ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง รักษาคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีนัดรับยาทุก 2 เดือน

1 เดือนที่ผ่านมา มาตรวจตามนัด เวียนศีรษะเล็กน้อย ผลเลือด Cr 2.42 mg/dl ค่า eGFR 22.71 ml/min/1.73m² (วันที่ 25 ธันวาคม 2562) จากเดิม Cr 1.2 mg/dl ค่า eGFR 65.8 ml/min/1.73m² (วันที่ 16 มีนาคม 2563) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ดูแลผู้ป่วยจึงส่งตัวมาคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลเสนา

วันที่ 8 มกราคม 2563 ผู้ป่วยมาตรวจคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลเสนา รับประทานอาหารได้ เบื่ออาหารเล็กน้อย ไม่เหนื่อย ปวดขา 2 ข้าง ชักประวัติพบ ซ้ำยาแก้ปวด Voltaren มารับประทานเมื่อมีอาการปวดข้อสมุนไพรมานาน 1 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: มีบุตร

ทั้งหมด 2 คน ทุกคนแข็งแรงดี สามียังมีชีวิตอยู่
ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพโดยทั่วไปดี ปฏิเสธ
การแพ้ยา อาหารหรือสารเคมี

แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิด
แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน¹¹
ผู้ป่วยมีความกังวลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
และความรุนแรงที่อาจนำมาซึ่งภาพลักษณ์และการ
ดำเนินชีวิตที่อาจเปลี่ยนไป ดังนี้

การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมี
ภาวะไตเสื่อมเข้าสู่ระยะที่ 4 จากการรับประทาน
ยาที่มีผลต่อไต เลือดตาบวม อ่อนเพลีย ขาดความ
ตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน

อาหารและการเผาผลาญ มีอัตราการกรอง
ของไตลดลงจากการรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs
และพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมต่อโรค

การขับถ่าย ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในเรื่องการ
ขับถ่าย

กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย
ปกติผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย
ปวดขา 2 ข้าง

การพักผ่อนนอนหลับ ปกติไม่มีปัญหาเรื่อง
การนอนหลับ

สติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็น
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน
ไตเสื่อมได้ แต่ไม่รู้ว่ามีความรุนแรงอย่างไร
ไม่ตระหนักในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อชะลอ
ไตเสื่อม

การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีความ
กังวล และรู้สึกว่าการนี้รุนแรง แต่มีความหวังว่าไต
จะกลับมาดีขึ้นถ้าควบคุมอาหารและปฏิบัติ

ตัวเหมาะสม

บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว
สามีเป็นผู้นำครอบครัว รักใคร่กันดี

เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ไม่มีปัญหา
เรื่องนี้

การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด
ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล ขณะเข้ารับการรักษาและเครียด
เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง พยาบาลได้ให้การดูแล
ตามมาตรฐานพยาบาล มีการประเมินให้คำแนะนำ
และสนทนาเพื่อปรับพฤติกรรม

คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยมีบุตรและสามี
ให้กำลังใจทำให้ต้องรักษาสุขภาพให้ดี ไม่เป็นภาระ
แก่ครอบครัว

สภาพแรกรับและการตรวจร่างกาย: ผู้ป่วย
ส่งตัวมาจากคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล รูปร่างท้วม ถ้ามองดูเรื่องดี
เลือดตาบวม ไม่เหนื่อย ปัสสาวะปกติ รับประทานอาหารได้ ปวดขา 2 ข้าง เดินได้ แต่เมื่อยืนเดิน
นานๆ จะปวดขา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศา
เซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 152/100 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก
57.6 กิโลกรัม สูง 148 เซนติเมตร BMI 26.29 มี
ภาวะอ้วน ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและผลการ
ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray: CXR) ปกติ

ผลการตรวจทางห้องทดลอง

ผลการตรวจล่าสุดจากคลินิกโรคเรื้อรังใน
รพ.สต. วันที่ 16 มีนาคม 2562 พบการทำงานของไต พบ Blood Urea Nitrogen (BUN) 12 mg/
dl ค่า Creatinine (Cr) 1.2 mg/dl การประมาณ
ค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular
Filtration Rate: eGFR) 65.8 ml/min/1.73m²
ค่าน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar (FBS) 181

mg/dl ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C 9%
Cholesterol 296 mg/dl Triglyceride 185 mg/
dl HDL-C 46 mg/dl LDL 198 mg/dl

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 ผลเลือด BUN
22.6 mg/dl Cr 2.42 mg/dl ค่า eGFR 22.71
ml/min/1.73m² FBS 174 mg/dl BP 154/98
mmHg P 88 ครั้ง/นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่ ส่งตัวมา
พบแพทย์อายุรกรรมโรงพยาบาลเสนา

วันที่ 8 มกราคม 2563 ผลเลือด BUN 22.6
mg/dl Cr 2.42 mg/dl eGFR 22.71 ml/min/1.73m²
FBS 171 mg/dl Cholesterol 261 mg/dl
Triglyceride 219 mg/dl HDL-C 40 mg/dl
LDL 155 mg/dl BP 152/100 mmHg P 102
ครั้ง/นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่ น้ำหนัก 57.6 กิโลกรัม

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 ผลเลือด BUN 22.1
mg/dl Cr 2.57 mg/dl eGFR 21.1 ml/min/1.73m²
FBS 136 mg/dl Electrolyte ปกติ Urine พบ
Albumin = 4+ BP 147/92 mmHg P 94 ครั้ง/
นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่ น้ำหนัก 57.6 กิโลกรัม

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563 ผลเลือด BUN
17.9 mg/dl Cr 2.18 mg/dl eGFR 25.76 ml/
min/1.73m² FBS 127 mg/dl HbA1C 7.9%
BP 162/84 mmHg P 64 ครั้ง/นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่
น้ำหนัก 57.1 กิโลกรัม

วันที่ 17 เมษายน 2563 ผลเลือด BUN
17.2 mg/dl Cr 2.06 mg/dl eGFR 27.39 ml/
min/1.73m² FBS 148 mg/dl BP 161/95
mmHg P 72 ครั้ง/นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่ น้ำหนัก
56.9 กิโลกรัม

วันที่ 12 มิถุนายน 2563 ผลเลือด BUN
19.4 mg/dl Cr 2.32 mg/dl eGFR 23.72 ml/
min/1.73m² FBS 147 mg/dl Urine พบ

Albumin = 4+ BP 141/85 mmHg P 76 ครั้ง/
นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่ น้ำหนัก 57 กิโลกรัม

วันที่ 25 สิงหาคม 2563 ผลเลือด BUN
16.7 mg/dl Cr 1.97 mg/dl eGFR 28.91 ml/
min/1.73m² FBS 144 mg/dl Urine พบ
Albumin = 3+ BP 145/91 mmHg P 72 ครั้ง/
นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่ น้ำหนัก 56.8 กิโลกรัม

วันที่ 20 ตุลาคม 2563 ผลเลือด BUN 15.2
mg/dl Cr 1.58 mg/dl eGFR 38.29 ml/
min/1.73m² FBS 128 mg/dl Urine พบ
Albumin = 3+ BP 144/92 mmHg P 68 ครั้ง/
นาที่ R 20 ครั้ง/นาที่ น้ำหนัก 56.4 กิโลกรัม

สรุปอาการและการรักษาที่ได้รับ

วันที่ 8 มกราคม 2563 ได้รับการซัก
ประวัติ ประเมินปัญหา จัดลำดับความสำคัญ
ของปัญหาพบการปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่อง
พฤติกรรมกรบริโภคทั้งอาหารและยา มีระดับ
น้ำตาลสะสม และน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์
มีระดับไขมันในเลือดสูง อัตราการกรองของไตลดลง
ค่าการทำงานของไตพบ Cr สูงขึ้น พยาบาลและผู้ป่วย
ได้วางแผนเป้าหมายร่วมกันในการปรับพฤติกรรม โดย
ใช้แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational
Interviewing : MI) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน
1. Engagement (การสร้างสัมพันธภาพ/
ตกลงบริการ) 2. Find out motivation
(การค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ) 3. Strengthen
motivation (การผลักดันแรงจูงใจให้
แน่นแฟ้นมั่นคง) 4. Advice with menus
(การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง)
5. Making a solid plan (วางแผนและสรุป) ให้
ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามปัญหา
และความต้องการ เลือกวิธีการปรับพฤติกรรม

ตามบริบทของบุคคล ครอบครัว 1 ครั้ง หลังจากนั้นทำการประเมินผลการสนทนาสร้างแรงจูงใจและการทบทวนเป้าหมาย ในวันนัด F/U ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการควบคุมอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม พยาบาลประเมินและวางแผนการทากิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย โดยพยาบาลให้คำปรึกษาเรื่องการชะลอไตเสื่อม หลีกเลี่ยงยาและสมุนไพรที่มีผลต่อไตให้ความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหารเบาหวาน การลดหวาน เค็ม มัน การใช้ 3 อ 2 ส (3อ=อาหาร-ออกกำลังกาย-อารมณ์ และ 2ส=ไม่ดื่มสุรา,ไม่สูบบุหรี่) ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยพบนักโภชนาการเรื่องอาหารแลกเปลี่ยน พบนักกายภาพเพื่อบริหารเรื่องปวดขา พบพยาบาลเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไตเพื่อชะลอไตเสื่อม แพทย์ผู้ให้การรักษาหูดยาเบาหวาน Metformin เปลี่ยนเป็น Glipizide 5 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าครึ่ง ชั่วโมง Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Enalapril 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละครั้งเม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน นัดติดตามอาการครั้งต่อไป

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 แจ้งผลเลือดและการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย เปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมาให้ความรู้และเสริมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาด ผู้ป่วยรู้จักคำว่ายา NSAIDs และสมุนไพร ตระหนักถึงโทษที่มีผลต่อไต ผู้ป่วยมีเป้าหมายเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยการหยุดยาแก้ปวดและสมุนไพรทุกชนิด คุมอาหารเค็ม หวาน มัน แต่ยังรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง

ส่งพบนักโภชนาการเพื่อปรับเรื่องอาหาร แลกเปลี่ยนนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป ให้พญาติมาด้วยเพื่อร่วมดูแล ผู้ป่วยบ่นนอนไม่ค่อยหลับ และปวดขา แพทย์เพิ่มยา Lorazepam 5 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน Blam ทาที่ปวด Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1-2 เม็ด เมื่อมีอาการ ทุก 4-6 ชั่วโมง

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563 ให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย แจ้งผลเลือดและการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย เปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านมา เสริมพลัง ที่ผู้ป่วยคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น หยุดรับประทานยาที่มีอันตรายต่อไต ตอบได้ถึงอาหารเค็ม และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม วางเป้าหมาย ชะลอไตเสื่อม ด้วยการลดอาหารหวานเพื่อคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุมอาหารเค็ม ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ ผู้ป่วยยังมีอาการปวดขา แพทย์ส่งทำกายภาพบำบัด และแนะนำลดน้ำหนัก

วันที่ 17 เมษายน-20 ตุลาคม 2563 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง รับประทานยาครบ ไม่ขาดยา ยุบบวม ไม่เหนื่อย พยาบาลให้คำปรึกษาและเสริมพลังต่อเนื่อง พยาบาลและผู้ป่วยได้วางเป้าหมายร่วมกันในการปรับพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการควบคุมอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยการคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการคุมอาหารรสหวาน คุมอาหารมันและเค็ม หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs และสมุนไพร ผู้ป่วยตอบได้ถึงอาหารที่หวาน เค็ม มัน แต่ยังรับประทานอยู่บ้าง ให้ความรู้และเสริมพลังต่อเนื่อง รวมทั้งครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล แพทย์ลดยา Glipizide 5 มิลลิกรัม

รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อน
อาหารเช้าครึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยไม่บวม ปวดขา น้อยลง
ลดน้ำหนักได้ 1 กิโลกรัม ค่าการทำงานของไตดีขึ้น
BUN 15.2 mg/dl Cr 1.58 mg/dl eGFR 38.29
ml/min/1.73m² ไตเสื่อมระยะที่ 3 ซึ่งดีขึ้น
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น FBS 128
mg/dl ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไต
เสื่อม รับรู้ความเสี่ยงของการเกิดไตวายเฉียบพลัน
ต้องล้างไตหากรับประทานยาหรือสมุนไพรที่มี
ผลต่อไต ตอบข้อซักถามได้

2. ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหามาสู่สุขภาพ

2.1 มีอัตราการกรองของไตลดลง จากการได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs

ข้อมูลสนับสนุน:

- การทำงานของไต อัตราการกรองของไตลดลง พบ BUN 12 mg/dl ค่า Cr 1.2 mg/dl eGFR 65.8 ml/min/1.73m² (วันที่ 16 มีนาคม 2562) ผลเลือด BUN 22.6 mg/dl Cr 2.42 mg/dl ค่า eGFR 22.71 ml/min/1.73m² (25 ธันวาคม 2562)
- เปลือกตาบวม ขาบวมเล็กน้อย เหนื่อยง่าย
- ซี่งยาแก้ปวด Voltaren และสมุนไพร รับประทานแก้ปวด

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะ Uremia และภาวะน้ำเกิน โดยสังเกตระดับการ

รู้สึกตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หอบ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม และประเมินความรุนแรง
ส่วนในการพบแพทย์

2. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินภาวะ
โภชนาการ การขับถ่าย

3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
เพื่อดูการทำงานของไต ได้แก่ BUN และ Cr

4. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการ
ชะลอไตเสื่อม

5. สอนให้มีความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม
อันตรายของยาในกลุ่ม NSAIDs และสมุนไพร ที่มีผล
ต่อไต และให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนการเกิด
ไตวายเฉียบพลัน ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและการ
บำบัดทดแทนไต

6. ประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องยา
และสมุนไพรที่มีผลต่อไต ให้ผู้ป่วยได้วางแผน
ด้านสุขภาพและติดตาม ทบทวนแผนการปฏิบัติตัว
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ตามเป้าหมาย

การประเมินผล : (20 ตุลาคม 2563)

ผู้ป่วยไม่บวม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย นอน
ราบได้ รับประทานอาหารได้ ปัสสาวะได้ปกติ
ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย เลิกรับประทานยาแก้ปวดและ
สมุนไพรที่มีผลต่อไตโดยมีบุตรสาวผู้ป่วยช่วยดูแล
เสริมพลัง ผลการตรวจการทำงานของไตดีขึ้น ค่า
BUN 15.2 mg/dl Cr 1.58 mg/dl eGFR 38.29
ml/min/1.73m² ไม่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน

2.2 มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน:

- ค่า Cholesterol 261 mg/dl
Triglyceride 219 mg/dl HDL-C 40 mg/dl LDL
155 mg/dl (วันที่ 8 มกราคม 2563)

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โรคหลอดเลือดหัวใจ และสมอง

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอาการและอาการแสดงบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจขาดเลือด/อัมพฤกษ์/อัมพาต ค่าไขมันในเลือดอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินอาการและอาการแสดงบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจขาดเลือด/อัมพฤกษ์/อัมพาต เช่น เจ็บแน่นหน้าอก กลืนลำบาก แขนขาอ่อนแรง
2. ประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก รอบเอว ภาวะอ้วนลงพุง และความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง
3. ให้ผู้ป่วยได้รับยา Simvastatin 20 mg 1 เม็ด รับประทานวันละครั้งก่อนนอน
4. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องของอันตรายจากไขมันในเลือดสูง
5. แนะนำการปฏิบัติตัว การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมไขมันในเลือด
6. ส่งพนักงานโภชนาการเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารและการประกอบอาหาร เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูระดับไขมันในเลือด

การประเมินผล :

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ มีนิสัยระมัดระวัง ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือด/อัมพฤกษ์/อัมพาต ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปกติ

2.3 ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อมูลสนับสนุน :

- ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ตอบไม่ได้ถึงอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
- ระดับน้ำตาลสะสมและน้ำตาลในเลือดสูง HbA1C 9% และ FBS = 181 mg/dl
- มีภาวะอ้วน น้ำหนัก 57.6 กิโลกรัม BMI 26.29

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดได้ใกล้เคียงระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดได้ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้ความเข้าใจ ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้เป็นเบาหวาน เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งแบ่งอาหารเบาหวานได้ 3 ประเภท ดังนี้
 - ประเภทที่ 1 อาหารที่ควรงดรับประทาน ได้แก่ ประเภทขนมหวานต่างๆ อาหารที่มีน้ำตาลสูง น้ำอัดลม
 - ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานอาหารได้ไม่จำกัดปริมาณ ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผลไม้รสไม่หวาน
 - ประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังและอาหารบางอย่าง เช่น ผลไม้ต่าง ๆ ต้องจำกัดจำนวน

และควรหลีกเลี่ยงผลไม้หวาน ผลไม้เชื่อม ผลไม้บรรจุกระป๋อง

3. ให้ความรู้และแนะนำผู้เป็นเบาหวานรับประทานอาหารให้ตรงเวลาอยู่เสมอ เหมาะสมกับโรคและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

4. ให้ความรู้และแนะนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความถี่ 3 ครั้ง/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที

5. แนะนำ การรับประทานยาที่ถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ

6. แนะนำสังเกตอาการแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หหมดสติและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จะมีเหงื่อออก ใจสั่น ใจหวิวๆ มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว หากมีอาการให้แก้ไขเบื้องต้นด้วยการดื่มน้ำหวาน หรืออาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาลทันที แนะนำการมาตรวจตามนัดเพื่อตรวจเลือดและติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ

7. ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพ

8. ประเมินผลลัพธ์ ปรับแผนการดูแลสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และวางแผนเป้าหมายใหม่ โดยทำทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด

การประเมินผล :

ผู้ป่วยตอบข้อซักถามเรื่องอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานได้ วางเป้าหมายในการคุมระดับน้ำตาลในเลือด 120 mg/dl และลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ผลลัพธ์ที่ได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

FBS 128 mg/dl ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เสริมพลังและให้กำลังใจต่อเนื่อง ค่า HbA1C 7.9% ลดลงน้ำหนัก 56.4 กิโลกรัม ลดลงได้ตามเป้าหมาย

2.4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการล้างไต หากชะลอไตเสื่อมไม่ได้ และกังวลว่าจะควบคุมอาหารไม่ได้

2. ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์ : เพื่อคลายความกังวลและปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมได้

เกณฑ์การประเมินผล : อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ชะลอไตเสื่อมได้

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ค้นหาปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

2. สอนให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และการชะลอไตเสื่อม ได้แก่ อาการและอาการแสดง

3. การรักษา การปฏิบัติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารลดโซเดียม การออกกำลังกาย การใช้ยาสมเหตุสมผล หลีกเลี่ยงยาและอาหารเสริมที่มีผลต่อไต ตลอดจนการควบคุมเบาหวานเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

4. วางเป้าหมายร่วมกันในการปรับพฤติกรรม โดยทำกิจกรรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามปัญหาและความต้องการเลือกวิธีการปรับพฤติกรรมตามบริบทของบุคคล ครอบครัว ให้กำลังใจและเสริมพลัง ดำเนินการทำกิจกรรมทุกครั้งที่นัดมาพบแพทย์ จนบรรลุเป้าหมาย

การประเมินผล :

ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการชะลอไตเสื่อม พบว่า ค่าการทำงานของไตดีขึ้น BUN 15.2 mg/dl Cr 1.58 mg/dl eGFR 38.29 ml/min/1.73m² ไตเสื่อม ระยะที่ 3 ซึ่งดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง FBS 128 mg/dl (20 ตุลาคม 2563) ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม

3. การติดตามประเมินผลการให้การพยาบาลร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

จากการติดตามผู้ป่วย จำนวน 8 ครั้ง พบว่า การให้การพยาบาลร่วมกับการใช้แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ มีการวางแผนเป้าหมายร่วมกันในเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยประกอบด้วย การหยุดและหลีกเลี่ยงยาและสมุนไพรที่มีผลต่อไต โดยผู้ป่วยจะไม่ซื้อยารับประทานเองและจะเชื่อฟังญาติ ซึ่งญาติจะช่วยในการควบคุมดูแล และวางแผนเป้าหมายในการควบคุมอาหารเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด โดยจะลดน้ำหนักลง 1 กิโลกรัม และคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 120 mg/dl ซึ่งผู้ป่วยควบคุมได้ และผู้ป่วยพบว่า การที่ควบคุมไม่ได้ส่วนหนึ่งมาจากการเห็นลูกๆ นำมารับประทานซึ่งญาติได้ร่วมในการแก้ไข โดยจะรับประทานอาหารที่ควบคุมน้ำตาลเหมือนผู้ป่วย และมีเป้าหมายเพื่อชะลอไตเสื่อม เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยากล้างไต ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ ค่าการทำงานของไตดีขึ้น ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้มีการกำหนดเป้าหมายและสามารถทำตามเป้าหมายได้มาจากการมีความรู้และเข้าใจในการดำเนินของโรค มีกำลังใจและญาติช่วยดูแล

ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อการปรับพฤติกรรมและให้เกิดพฤติกรรมแบบยั่งยืนต่อไป

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 52 ปี รักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ปี ส่งตัวมาโรงพยาบาลเสนา วันที่ 8 มกราคม 2563 ด้วย CKD ระยะ 4 ค่า eGFR 22.71 ml/min/1.73 m² Cr 2.42 mg/dl เพื่อพบอายุรแพทย์โรคไต จากอัตราการทำงานของไตลดลงรับไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม-30 ตุลาคม 2563 พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมบริโภคทั้งอาหารและยาที่มีผลต่อไต มีระดับน้ำตาลสะสมและน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ มีระดับไขมันในเลือดสูง อัตราการทำงานของไตลดลง ค่าการทำงานของไตพบ Cr สูงขึ้น พยาบาลและผู้ป่วยได้วางแผนเป้าหมายร่วมกันในการปรับพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ทำกลุ่มร่วมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วยค้นหากำลังใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี วางเป้าหมาย และได้ติดตาม ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้พบว่าลูกคือกำลังใจสำคัญในการปรับพฤติกรรมให้แข็งแรง จึงวางแผนเป้าหมายในการชะลอไตเสื่อมโดยควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดไตเสื่อมดังนี้ คือ การหยุดยาแก้ปวด สมุนไพรทุกชนิดที่มีผลต่อไต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือด หลังให้การพยาบาลร่วมกับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าผู้ป่วยปรับพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย มีค่าการทำงานของไตดีขึ้น BUN 15.2 mg/dl Cr 1.58 mg/dl eGFR 38.29 ml/

min/1.73m² ไตเสื่อม ระยะที่ 3 ซึ่งดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง FBS 128 mg/dl น้ำหนักลดลง 1 กิโลกรัม แต่ระดับไขมันในเลือดยังไม่ลดลง ซึ่งอาจต้องดูแลและควบคุม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานมีอัตราการเสื่อมของการทำงานของไต ที่เร็วกว่าโรคไตเรื้อรังจากสาเหตุอื่น นอกจากระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ มีผลให้เกิดไตเสื่อมลงแล้ว การได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs และสมุนไพร ก็มีผลทำให้ไตเสื่อมและเกิดไตวายเฉียบพลันได้เช่นกัน และเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ค้นหาปัญหาและแก้ไขได้อย่างทันที่ ท่วงที ลดความสูญเสียและความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing : MI) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้ ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถชะลอการเสื่อมไตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสามารถศึกษา ค้นคว้า นำแนวคิดการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing : MI) มาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควบคุมการดำเนินของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และควรมีศึกษาเพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมทั้งเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีระบบการส่งต่อและติดตามเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและร่วมปรับพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดโรคได้

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. Current situation of chronic kidney disease in Thailand สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(5) : 5-18.
2. พงศธร คชเสนี และ เกรียง ตั้งสง่า. ระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังและขอบข่ายของปัญหาในประเทศไทย ความรุนแรงของโรคและผลกระทบทางเศรษฐกิจ. ใน: สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, บรรณาธิการ. ตำราโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิชชิ่ง; 2559. หน้า 3-25.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2561. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
4. Asong W. Factors influencing dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease. Chon Buri: Burapha University; 2015.
5. Sanders KA, Whited A, Martino S. Motivational interviewing for patients with chronic kidney disease. Semin Dial. 2013; 26(2): 175-9.
6. Mehta S, Cameron K, Battistella M. Motivational interviewing: Application to end stage renal disease patients. CANNT Journal. 2014; 24(4): 19-24.

7. Martino S. Motivational interviewing to engage patients in chronic kidney disease management. Blood Purif. 2011; 31(1-3): 77-81.
8. โรงพยาบาลเสนา. สถิติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. ปี 2561-2562.
9. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3): 137-143.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย NCD (Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs). บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2660.
11. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร. 2558.

การบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมในการบริหารงานของผู้นำโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

Integrating the principle of Supuristham in the administration of Samphan hospital leaders, NakhonPathom Province

อรณิช ชัยนตรดิolk* พระณัด วฑฒโน (บุตรสวัสดิ์)**

Oranich Chayantaradilok* Phra Thanat Vaddhano (Butrasawad)**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

**วัดใหม่เจริญผล ตำบลท่าเรือ อำเภอดำมะรงค์ จังหวัดกาญจนบุรี

*Nakhonpathom Provincial Public Health Office, PhraPathom ChediSubdistrict,
Mueang District, Nakhon Pathom Province.

**Wat Mai Charoen Phon, Tharua Sub-district, Tha Maka District, Kanchanaburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดทฤษฎีการบริหารงาน การบูรณาการ การบริหารงานของโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม และวิเคราะห์การบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมในการบริหารงานของผู้นำโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เก็บรวบรวมข้อมูลจาก เอกสารทางพระพุทธศาสนาและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้นำโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัย พบว่าผู้นำโรงพยาบาลสามพรานมีการบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ ครบทั้ง 7 ด้าน แต่ไม่เด่นชัดโดยมีการใช้หลักสัปปุริสธรรมแฝงหรือผสมผสานอยู่กับข้อมูลต่างๆ ที่โรงพยาบาลสามพรานจัดทำไว้ หากจะบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ให้สมบูรณ์แบบผู้นำโรงพยาบาลสามพรานควรมีการศึกษาหลักสัปปุริสธรรมอย่างแท้จริง จึงจะนำมาบูรณาการใช้ได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : สัปปุริสธรรม การบริหารงาน โรงพยาบาลสามพราน

Abstract

This qualitative research aimed to study the concept of administration theory, administration and integration of the leaders in Samphan Hospital.NakhonPathom province, and analysis of the integration of the Supurisatham principle in the administration of Samphan hospital leaders. Nakhon Pathom Province. Data were collected using the information from the Buddhist documents and In-depth interview for the leaders of Samphan Hospital. Nakhon Pathom Province. Data were analyzed using content analysis. The results revealed that Samphan Hospital leaders had integrated all 7 aspects of the Supuristham principle, but it was not obvious. With the secret or mixed with the various information provide by Samphan Hospital, If to perfect the integration of the Supurisatham principle Samphan Hospital leader. It should truly study the Supurisatham principle in order to further integrate, use appropriately and achieve sustainable benefits.

Keyword : Sapurisatham Administration Samphan Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้นำ (Leader) เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งที่ทำให้องค์กรนั้นๆ ประสบความสำเร็จ เพราะผู้นำมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงในการวางแผนสั่งการ และดูแลควบคุมให้บุคลากรขององค์กรสามารถปฏิบัติงานต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ปัญหาที่น่าสนใจอยู่ตรงที่ว่า ผู้นำจะต้องทำอะไรจึงจะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือผู้ตาม เกิดความผูกพันกับงานแล้วทุ่มเทความสามารถและพยายามที่จะทำงาน ให้สำเร็จด้วยความเต็มใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

ความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำ เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้อื่น¹ ปัจจัยที่สำคัญของความสำเร็จในการทำหน้าที่ของผู้นำ คือ การเป็นผู้ประกอบด้วยคุณสมบัติที่เหมาะสมสามารถปรับเปลี่ยนความต้องการของคน ความต้องการของคนเป็นตัวกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการตัดสินใจ ถ้าเปลี่ยนความต้องการของคนได้ ก็เปลี่ยนตัวตนของคนคนนั้นได้ ผู้นำที่ดีจะช่วยให้คนพัฒนาความต้องการของคน ทั้งในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลให้มีความต้องการที่ถูกต้องดีงามและให้หมู่ชนมีการประสานความร่วมมือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ร่วมมือทำอย่างเป็นไปเองโดยประสานกลมกลืนและเต็มใจหาทางทำจนสำเร็จ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้นำทำการที่ผิดความต้องการของคน ทั้งสองฝ่ายก็จะเป็นไปอย่างไม่มีความสุขและสิ่งที่ทำก็ยากจะสำเร็จ²

ตามพุทธพจน์ที่ว่า “ความผิดพลาดของคนอื่นเห็นได้ง่าย แต่ความผิดพลาดของตนเองนั้นเห็นได้ยาก”³ ผู้บริหารต้องรู้จักความเด่นและ

ความด้อยของตนเอง การรู้ความเด่นก็เพื่อการทำงานที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง ตามปกตินักบริหารมักมองเห็นความผิดพลาดของลูกน้องได้ง่าย แต่มองข้ามความผิดพลาดของตนเอง เมื่อนักบริหารทำงานผิดพลาดลูกน้องไม่กล้าบอกหรือแนะนำ ดังนั้นนักบริหารต้องหัดมองตนเองและดัดเตือนตนเองสมดังพุทธพจน์ว่า อดตนา โจทยตตนา จงเตือนตนด้วยตน) เช่นถ้าผู้บริหารสั่งการไปหลายครั้งแล้ว แต่ลูกน้องไม่เข้าใจผู้บริหารก็อย่าตำหนิลูกน้องว่าโง่งเงา เพราะบางทีเราเองอาจสั่งการไม่ชัดเจนก็เป็นได้ดังภาษิตอุทานธรรมที่ว่า “ถ้าพูดไปเขาไม่รู้อย่าว่าเขา ว่าโง่งเงาจะเอะอะหนักหนา ของเราทำไมไม่โกรธา ว่าพูดจาให้เขาไม่เข้าใจ” การที่ผู้บริหารมองไม่เห็นความผิดพลาดของตนเองนั้นเป็นเรื่องธรรมดา เพราะวันหนึ่งๆ ดวงตาของเรามีไว้สำหรับมองด้านนอกไม่ได้มองตัวเราเอง เวลาคนอื่นทำผิดพลาด เราจะมองเห็นทันที แต่เวลาตัวเราทำผิดพลาดเองกลับมองไม่เห็น ดังนั้นเพื่อสำรวจตนเองผู้บริหารต้องหัดมองด้านใน คือ เจริญวิปัสสนาเป็นการมองด้านในนั่นเอง วิปัสสนากรรมฐานเน้นเรื่องการเจริญสติ พิจารณากาย เวทนา จิตและธรรมหรือความดีความชั่วในใจของเราเอง“พระไตรปิฎกได้กล่าวถึงคุณสมบัติของผู้นำ ดังคาถาพุทธศาสนสุภาษิตแสดงความไว้ว่า “เมื่อฝูงโคว่ายข้ามน้ำ ถ้าโคจำฝูงไปคด โคหมดทั้งฝูงนั้นก็ไปคดตามกัน เพราะมีผู้นำไปคด ฉันทใด ในหมู่มนุษย์ก็ฉันทนั้น บุคคลผู้ใดได้รับสมมติให้เป็นใหญ่หากบุคคลผู้นั้นมีความประพฤติไม่เป็นธรรมหมู่ประชาชนนอกนั้นก็ประพฤติน่าเสียหาย แฉวันทั้งหมดยกจะยากเข็ญ หากผู้ปกครองเป็นผู้ไร้ธรรม” “เมื่อฝูงโคว่ายข้ามน้ำ ถ้าโคจำฝูงไปตรง โคหมดทั้งฝูงนั้นก็ไปตรงตามกัน เพราะมีผู้นำที่ไปตรง

ฉันใดในหมู่มนุษย์ก็ฉันนั้น บุคคลผู้ใดได้รับสมมติให้เป็นใหญ่หากบุคคลผู้นั้นมีความประพฤติชอบธรรม หมู่ประชาชนนอกนั้นก็พลอยดำเนินตามทั้งแวนแคว้นก็จะอยู่เป็นสุข หากผู้ปกครองตั้งอยู่ในธรรม”⁵ พุทธพจน์นี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของผู้นำที่มีต่อความอยู่รอด และสวัสดิภาพ เพื่อให้การพัฒนางานองค์กรและการดำเนินชีวิตของกลุ่มบุคคลในสังคมมีความยั่งยืน และสันติสุขของสังคมและประเทศชาติ โดยผู้นำจะต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมที่ดี⁶ หากผู้นำขาดซึ่งคุณธรรมและจริยธรรมแล้ว ย่อมทำให้ผู้นำนั้นขาดความชอบธรรมในการทำหน้าที่ในองค์กรนั้นต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากคุณธรรมและจริยธรรมถือเป็นคุณสมบัติของผู้นำ ที่ทำให้ได้รับการยอมรับ ความเชื่อถือตลอดจนการนับถือจากบุคคลต่างๆ ทั้งในองค์กรเองและสังคมทั่วไป ดังนั้นการขาดคุณธรรมและจริยธรรมของผู้นำ ย่อมทำให้ผู้นำไม่เป็นที่ยอมรับต่อบุคคลทั่วไปซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อหลักการปฏิบัติงานและภาพลักษณ์ขององค์กร

โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นหน่วยงานราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 130 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 35/10 หมู่ 1 ตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีสถานที่ให้บริการจำนวน 3 แห่ง คือ 1) โรงพยาบาลสามพราน (ฝั่งเพชรเกษม) ตั้งอยู่ตำบลท่าตลาด 2) โรงพยาบาลสามพราน (วัดไร่ขิง) ตั้งอยู่ตำบลไร่ขิง และ 3) หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ตั้งอยู่ตำบลอ้อมใหญ่ มีการจัดโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน ออกเป็น 12 กลุ่มงาน จำนวนบุคลากร รวม 470 คนประชากร

ในเขตรับผิดชอบ จำนวน 187,733 คน มีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง การบริหารงานของโรงพยาบาลสามพราน แยกเป็น 4 ด้านหลักๆ คือด้านการบริหาร นโยบาย และยุทธศาสตร์หรือโครงการต่างๆ ด้านบุคลากร ด้านการเงินการคลัง และด้านโครงสร้างที่ดิน อาคารสถานที่พัสดุและอุปกรณ์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลสามพราน กำหนดวิสัยทัศน์ ไว้ว่า “เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพเป็น Node รับการส่งต่อ 5 สาขาหลัก เป็นศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุฉุกเฉินและรองรับการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ปี 2567 โดยพันธกิจที่สำคัญที่ต้องดำเนินการ คือ “มุ่งพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ & ฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการการแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาด้วยความเชี่ยวชาญตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นแม่ข่ายของพื้นที่อำเภอสามพราน นครชัยศรี และพุทธมณฑล และพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยการจัดบริการสุขภาพและการดูแลแบบองค์รวม รวมถึงจัดระบบสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร มีระบบบริหารจัดการครอบคลุมทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายให้เป็นรากฐานการสร้างสุขภาพและความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน”⁷ จากวิสัยทัศน์และพันธกิจที่กล่าวมาข้างต้นโรงพยาบาลสามพราน จำเป็นต้องขยายการให้บริการ ต้องเตรียมความพร้อมการบริหารงานทั้ง 4 ด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบุคลากร ผู้นำและผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำพาการบริหารงานด้านอื่นๆ ให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้การทำงานภายใต้รูปแบบองค์กรใหม่ เงื่อนไขใหม่ระบบการบริหารงานที่ยุ่ยากซับซ้อนมากขึ้น อาคารสถานที่ที่เติบโต

อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้รู้และผู้ปฏิบัติงานทุกระดับของโรงพยาบาลสามพราน จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้มีมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น และในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ถึง 2565 บุคลากรระดับผู้นำและผู้ปฏิบัติงานหลักของโรงพยาบาลสามพราน มีแนวโน้ม โยกย้าย ลาออก เกษียณอายุราชการ ในทุกๆ ปีมีการแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ให้ผู้รู้ใหม่ขึ้นมาปฏิบัติงานทดแทนปัญหาที่น่าสนใจอยู่ตรงที่ว่า ผู้รู้จะต้องทำอะไร จึงจะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือผู้ตามเกิดความผูกพันกับงานแล้วทุ่มเทความสามารถและพยายามที่จะให้ทำงานสำเร็จด้วยความเต็มใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องการบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมในการบริหารงานของผู้รู้โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เพื่อพัฒนาแนวคิดและแนวปฏิบัติในการบริหารงานหลักสัปปุริสธรรม ประกอบด้วยธรรม 7 ประการ คือ อัมมัญญตา (เป็นผู้รู้จักเหตุ) อัตถัญญตา (เป็นผู้รู้จักผล) อตตัญญตา (เป็นผู้รู้จักตน) มัตตัญญตา (เป็นผู้รู้จักประมาณ) กาลัญญตา (เป็นผู้รู้จักกาล) ปริสสัญญตา (เป็นผู้รู้จักบริษัท) บุคคลัญญตา (เป็นผู้รู้จักบุคคล) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของบุคคลที่เป็นผู้นำ ตาม

หลักการครองตน ครองคนและครองงาน อันจะนำมาซึ่งความผาสุกอย่างยั่งยืนในองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

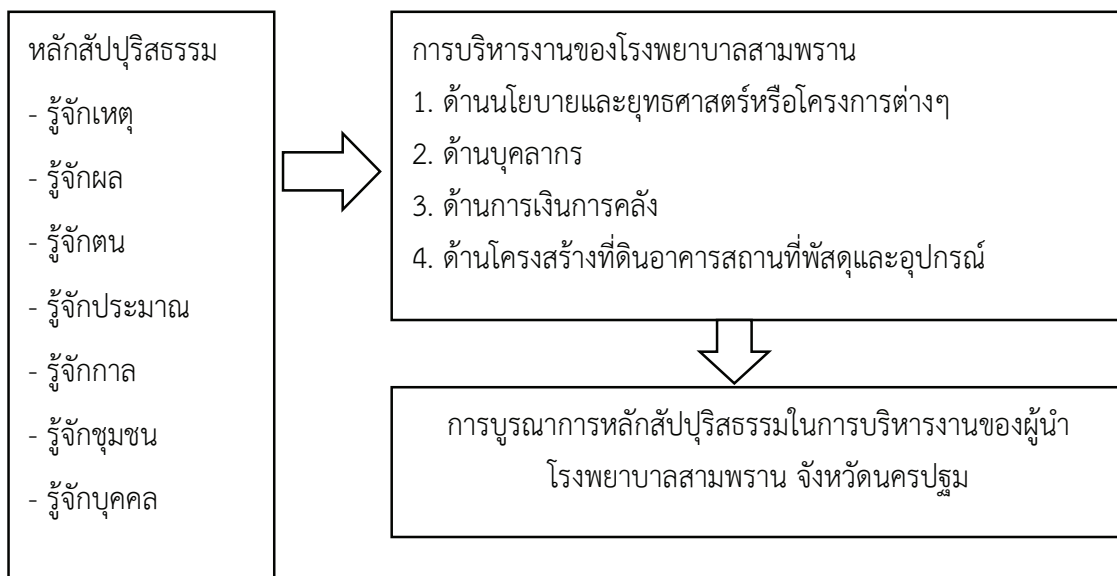
1. เพื่อศึกษาแนวคิดทฤษฎีการบริหาร การบูรณาการ และการบริหารงานของโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อวิเคราะห์การบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมในการบริหารงานของผู้รู้โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเอกสาร ศึกษาข้อมูลจากเอกสารทางพุทธศาสนา จากตำราวิชาการ แผนยุทธศาสตร์และโครงการต่างๆ ของโรงพยาบาลสามพราน ตลอดจนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเนื้อหาของหลักสัปปุริสธรรม ศึกษาจาก พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พุทธศักราช 2539 และจากคัมภีร์และตำราทางพระพุทธศาสนาที่กล่าวถึงหลักสัปปุริสธรรม

ขอบเขตด้านระยะเวลา ศึกษาวิจัยในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง มีนาคม 2564

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยภาคสนาม (Field Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ผู้วิจัยใช้รูปแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ มาจากโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลสามพรานที่มีหน้าที่บริหารงานทั้ง 4 ด้าน จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ตำแหน่งผู้นำสูงสุด 1 คน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน
2. หัวหน้ากลุ่มงาน 12 กลุ่มงาน จำนวน 11 คน ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป และหัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์

- 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานรังสีการแพทย์ 1 คน

3. หัวหน้างาน 8 งาน จำนวน 8 คน ดังนี้ หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่ 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยใน 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก 1 คน หัวหน้างานผู้ป่วยหนัก 1 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน หัวหน้างานห้องผ่าตัด 1 คน หัวหน้างานห้องคลอด 1 คน หัวหน้างานจ่ายกลาง 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือการสัมภาษณ์

เชิงลึก (In-depth Interviews) รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเอง แบบสัมภาษณ์มี 2 ตอน ตอนแรกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้สัมภาษณ์ เช่น ชื่อ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ที่อยู่ เป็นต้น ตอนที่สองเกี่ยวกับการบริหารงานตามหลักสัปปุริสธรรม จำนวน 5 ข้อหลัก และ 4 ข้อย่อย และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ผ่านการตรวจวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำกลับมาแก้ไข จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมหมายเลขรับรองที่ 31/2563 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2563 วันหมดอายุ 21 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับและการเสนอผลวิจัยในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาข้อมูลแบ่งตามแหล่งข้อมูลจากเอกสาร ตำรา หนังสือ วิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับทฤษฎีการบริหารงานตามหลักสัปปุริสธรรมในคัมภีร์พระพุทธศาสนา ส่วนขั้นตอนการสัมภาษณ์ ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษา

ค้นคว้าและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) โดยการนัดหมายสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ที่ละคน และได้มีการพูดคุยทั้งในประเด็นที่เป็นคำถามและประเด็นอื่นๆ เพื่อเสริมความชัดเจนของข้อมูลการสัมภาษณ์ จนครบทั้ง 20 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาในการประมวลผลและเรียบเรียง ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนต่างๆ ไปขึ้นต้น มาทำการวิเคราะห์ ประมวลผล เรียบเรียงและสรุปเพื่อเขียนงานวิจัยให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการทราบ และตั้งข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ตอนแรกเกิดจากผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั่วไปจากเอกสารการบริหารงานของโรงพยาบาลสามพรานที่ได้แสดงไว้ในบทที่ 2 แล้วมาเป็นประเด็นสำคัญแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ในลักษณะเชื่อมโยงกับหลักสัปปุริสธรรม และการวิเคราะห์ตอนที่ 2 เกิดจากผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำกลับมาแก้ไขจากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาข้อมูลจากเอกสารซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ ประวัติความเป็นมา โครงสร้างการบริหารแผนงานการพัฒนาของโรงพยาบาลสามพราน และจากการสัมภาษณ์ผู้นำโรงพยาบาลสามพราน จำนวน 20 คน พบว่า ผู้นำใช้หลักกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการ โดยยึดหลักธรรมาภิบาล และการบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ในการบริหารงานดังกล่าวครบทั้ง 7 ด้านจริง แต่ไม่เด่นชัดโดย

หลักสัปปริสธรรมแปดหรือผสมผสานอยู่กับข้อมูลต่างๆ อย่างประสานกลมกลืนในเชิงลักษณะของหลักการบริหารภาครัฐ ซึ่งเน้นเทคนิคและวิธีการบริหารงานทั้ง 4 ด้าน ตามรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐ จึงยังไม่มีมีการจำแนกรายละเอียดต่างๆ ให้เป็นไปตามหลักสัปปริสธรรม

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย เรื่องการบูรณาการหลักสัปปริสธรรมในการบริหารงานของผู้นำโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษามีสาระสำคัญตรงตามวัตถุประสงค์ทั้งสองประเด็น สรุปได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นแรกผลการศึกษามีสรุปได้ว่าการบริหารงานคือกระบวนการดำเนินงานที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการบริหารงาน ทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานในการบริหารงานจากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านในอดีตจนถึงปัจจุบันที่ได้เสนอไว้ในการบริหาร และจากการทบทวนวรรณกรรมของ ร้อยตำรวจโท สุพจน์ เจริญขำ⁸ เรื่อง “การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบลปางมะค่า อำเภอลำปางบุรี จังหวัดกำแพงเพชร” ผลการวิจัยพบว่า การบริหารเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานขององค์การ เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะชี้ให้เห็นความสำเร็จหรือความล้มเหลว ความมีประสิทธิภาพหรือความไร้ประสิทธิภาพของหน่วยงาน ชีวิตประจำวันของมนุษย์ไม่ว่าในครอบครัวหรือองค์การโดยย่อมเกี่ยวข้องกับการบริหารอยู่เสมอ ดังนั้นการบริหารจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจและจำเป็นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม และวรรณกรรม

ของพระวัชชัย จำรูญโม (ศรีสุข)⁹ ได้วิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพการบริหารกิจการคณะสงฆ์ : กรณีศึกษาวัดในอำเภอหนองแขง จังหวัดสระบุรี” ผลการวิจัยพบว่า การบริหารนั้น จะครอบคลุมถึงหน้าที่ในการบริหาร อันประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการหรือการมอบหมายงาน การประสานงาน การรายงาน และการงบประมาณ นอกจากนี้องค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารจะประกอบด้วย วัตถุประสงค์ที่แน่นอน ทรัพยากรในการบริหาร มีความประสานระหว่างกันและประสิทธิภาพประสิทธิผลในการบริหารงาน ซึ่งแนวคิดเหล่านี้จะครอบคลุมไปถึง การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการบริหารเชิงกลยุทธ์ พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน และยังเป็นทฤษฎีที่ใช้การได้ดีไม่ล้าสมัย เพื่อให้ได้มาซึ่งการบริหารที่มีความเหมาะสมกับยุคสมัยใหม่ และยังมีนักวิชาการทางการบริหารอีกหลายท่านส่วนใหญ่ได้ศึกษาและวิเคราะห์แนวความคิดทั้งหมด จึงสรุปโดยรวมว่า กระบวนการบริหารจัดการควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ 1. การวางแผน 2. การจัดองค์การ 3. การอำนวยการหรือการชี้แนะ 4. การควบคุมติดตามผลการทำงานในปัจจุบันของผู้บริหารองค์การต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการเข้ามาสนับสนุนองค์กร ดังนั้นการนำหลักวิชาการด้านการบริหารมาใช้ตามกระบวนการบริหารจัดการจึงมีความสำคัญมาก เพราะเป็นเทคนิคและวิธีการในการดำเนินงานให้องค์การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ส่วนการบูรณาการ โดยภาพรวมแล้วเป็นการนำสิ่งหนึ่งเข้ารวมกันกับอีกสิ่งหนึ่งหรือผสมผสานรวมกันให้กลมกลืนจากส่วนย่อยทำให้สมบูรณ์

สมดุลงานเกิดความเป็นองค์รวมในตัวเอง จนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และการนำหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ในการบริหารงานโดยทั่วไป ผู้นำโรงพยาบาลสามพรานสามารถนำไปใช้ได้จริงตามหลักการบริหารงานของโรงพยาบาลสามพรานทั้ง 10 ด้าน คือ ด้านการบริหารนโยบาย แผนงานยุทธศาสตร์หรือโครงการต่างๆ ด้านการบริหารบุคคล ด้านการเงินการคลัง และด้านโครงสร้างที่ดินอาคารสถานที่พัสดุและอุปกรณ์ โรงพยาบาลสามพรานมีการบริหารงานตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของทางราชการตามหลักธรรมาภิบาล มีโครงสร้างการแบ่งอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพโดยผ่านกระบวนการประเมินและตรวจสอบทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานบริการด้วยความปลอดภัย ประเด็นที่สอง การวิเคราะห์การบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมในการบริหารงานของผู้นำโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม จากการวิเคราะห์ เอกสาร ข้อมูล และผลจากการสัมภาษณ์ผู้นำโรงพยาบาลสามพรานทั้ง 20 คน รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมของพระภิกษุ วฑฒโน (บุตรสวัสดิ์)¹⁰ ได้ศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์คุณสมบัติของผู้นำตามหลักสัปปุริสธรรม 7” พบว่า แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้นำที่ได้นั้นย่อมนำประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ หลักการครองตน ครองคนและครองงาน โดยมุ่งเน้นให้ผู้นำเกิดการพัฒนาตน พัฒนาคน และพัฒนาระบบการทำงานให้มีคุณภาพที่สมบูรณ์แบบทั้งสองด้าน คือคุณภาพด้านจิตใจ และคุณภาพด้านความสามารถ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้นำที่ดีตามหลักสัปปุริสธรรม 7 ในพระพุทธศาสนา จะต้องยึดหลักธรรมเป็นคุณธรรมสำคัญสำหรับการปฏิบัติ

หน้าที่ของตน เพื่อให้สามารถดำเนินกิจการทุกอย่างให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้จึงสรุปได้ว่า ผู้นำโรงพยาบาลสามพรานมีการบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ในการบริหารงาน ครบทั้ง 7 ด้านจริง แต่ไม่เด่นชัดโดยหลักสัปปุริสธรรมแปดหรือผสมผสานอยู่กับข้อมูลต่างๆ อย่างประสานกลมกลืนในเชิงลักษณะของหลักการบริหารภาครัฐซึ่งเน้นวิธีการบริหารตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักธรรมาภิบาลซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมของพระมหาคมเพชร วชิรปัญญา (เรืองผา)¹¹ ได้ศึกษาเรื่อง “การนำหลักสัปปุริสธรรม 7 มาประยุกต์ใช้ในการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอบางบัวทองจังหวัดนนทบุรี” พบว่า มีการประยุกต์ใช้หลักสัปปุริสธรรมในการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 7 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่อยู่ในระดับมากคือ ด้านความเป็นผู้รู้จักบุคคล ด้านความเป็นผู้รู้จักผล ด้านความเป็นผู้รู้จักชุมชน ด้านความเป็นผู้รู้จักด้านความเป็นผู้รู้จักเหตุ ความเป็นผู้รู้จักตนและด้านความเป็นผู้รู้จักประมาณ

ดังที่กล่าวมาข้างต้นผู้ที่ประกอบด้วยหลักสัปปุริสธรรม 7 ประการ ย่อมเป็นผู้ควรแก่การค่านับนับถือ ยกย่อง ของบุคคลทั้งหลายผู้นั้นย่อมได้ชื่อว่าเป็นผู้ที่พระพุทธานุญาตยกย่องว่าเป็น “สัตบุรุษ” หรือ “คนดีแท้” การกระทำหรือพฤติกรรมของเขามีความเหมาะสมถูกต้องดีงามย่อมนำประโยชน์มาให้ทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ผู้นำโรงพยาบาลควรศึกษาเรียนรู้หลัก

สัปปุริสธรรมในทางพระพุทธศาสนาอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพื่อเข้าใจหลักธรรมทั้ง 7 ด้าน เมื่อรู้และเข้าใจ ในเจตนารมณ์ของหลักสัปปุริสธรรมแล้วก็สามารถ นำมาผสมผสานใช้ในองค์กรได้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อันจะนำมาซึ่งความ ผาสุกในองค์กรโดยการวางแผนการดำเนินงานให้อยู่ในกรอบหลักสัปปุริสธรรม เช่น การตัดสินใจต้องมีเหตุและผล จะทำอะไรต้องรู้จักตนรู้จักประมาณ มีภูมิคุ้มกันที่ดีต้องรู้จักกาลเวลา รู้จักชุมชน รู้จักบุคคล เป็นต้น จึงจะแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด และถูกต้อง

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเห็นความสำคัญในด้านหลักธรรมทางพุทธศาสนา เช่น หลักสัปปุริสธรรม พรหมวิหาร 4 สังคหวัตถุ 4 หรือหลักธรรมอื่นๆ ที่สามารถนำมาผสมผสานกันกับการทำงานได้โดยการจัดประชุม อบรม สัมมนา เพื่อสร้างแนวความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ ในโรงพยาบาล สามพราน แล้วเปรียบเทียบการทำงานจากความคิดเดิมๆ กับ แนวคิดใหม่ว่าสิ่งไหนให้ผลมากกว่ากัน หรือผลออกมาแล้วเหมือนหรือต่างกันมากน้อยเพียงใด เพื่อประโยชน์ในการจัดทำเป็นแผนพัฒนาโรงพยาบาลสามพรานต่อไป

3. ผู้นำและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สามพรานควรตระหนักถึงปัญหาทั้งของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกคนที่ต้องทำงาน เพื่อประชาชน ต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในหลักธรรม คำสอนของพระพุทธศาสนา เช่น ศีล 5 ศีล 8 เป็นต้น รู้จักความพอเหมาะ พอดี ในการแสวงหา เครื่องยังชีพและต้องแสวงหาในทางที่ชอบธรรม เพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลสามพรานให้เจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการบูรณาการหลักสัปปุริสธรรมในการ บริหารงานภาพรวมของผู้นำโรงพยาบาลสามพราน จึงสามารถนำไปขยายผลเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์การบูรณาการหลักธรรมทาง พระพุทธศาสนาอื่นๆ ในองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร
2. ควรมีการศึกษาการนำหลักธรรม ทางพุทธศาสนาไปประยุกต์ใช้ในด้านต่างๆ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานมากหรือน้อยเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ สารรัตน์,ภาวะผู้นำ : หลักการและทฤษฎี, กรุงเทพมหานคร : อักษราพิพัฒน์, 2539.
2. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ประยุตโต),ภาวะผู้นำ : ความสำคัญต่อการพัฒนาคน พัฒนาประเทศ [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก www.dhammadownload.com/board/viewtopic.php?t=1497-95k
3. ชุ.ธ.(ไทย) 25/252/หน้า 110.
4. พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต), พุทธวิธีบริหาร, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2549.
5. องค์.จตุกก.(ไทย) 21/70/หน้า115-116

6. เปรม ตินสุลานนท์, พล.อ.,ปาฐกถาเรื่อง“แนวทางพระราชดำรัสสู่การบริหารจัดการภาครัฐ,” [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2549. เข้าถึงได้จาก www.nesgc.go.th/transparency/webboard>.
7. องค์การพยาบาลโรงพยาบาลสามพราน, ไฟล์ Power Point นำเสนอโครงการประกาศแผนยุทธศาสตร์และพิธีลงนามรับรองการปฏิบัติราชการเครือข่ายโรงพยาบาลสามพราน ปีงบประมาณ 2563, วันที่ 26 กันยายน 2562. สไลด์ที่ 3, 4 และ 5.
8. ร้อยตำรวจโท สุพจน์ เจริญขำ, “การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบลปางมะค่า อำเภอลำปางบุรี จังหวัดกำแพงเพชร”, [วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย;2554.
9. พระธวัชชัย จารุธมโม (ศรีสุข), “ประสิทธิภาพการบริหารกิจการคณะสงฆ์ : กรณีศึกษาวัดในอำเภอนองแสง จังหวัดสระบุรี”, [วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย;2553.
10. พระณัด วฑฒโน (บุตรสวัสดิ์), “การวิเคราะห์คุณสมบัติของผู้นำตามหลักสัปปุริสธรรม 7”, [วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์].มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2551.
11. พระมหาคมเพชร วชิรปญโญ (เรืองผา). การนำหลักสัปปุริสธรรม 7 มาประยุกต์ใช้ในการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2552.

ระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัยของประชาชน
แต่ละกลุ่มวัย อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม พ.ศ.2563

The level of health behavior according to the 3O 2S , and the hygiene
behavior of each age population group, Dontoom district ,
Nakhon Pathom Province in 2020

สาयนต์ มั่นใจจริง*

Sayan Monjijing*

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม จ.นครปฐม

*Dontoom District Health Office, Dontoom District, Nakhon Pathom Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัยของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2563 กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนแต่ละกลุ่มวัย จำนวน 1,758 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ผลการวิจัย พบว่าในกลุ่มอายุ 1-4 ปี และ 5-14 ปี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามเกณฑ์ แต่ในเรื่องการรับประทานผัก และผลไม้ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ มีพฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมด้านอารรมณ์ได้ตามเกณฑ์ แต่ในส่วนของพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางส่วนตัว และการล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ในส่วนของกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-59 ปี ยังพบว่ามีพฤติกรรมในการไม่ได้ควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ อยู่จำนวนมาก การรับประทานผัก และผลไม้ก็ยังน้อยอยู่ ในของส่วนพฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านอารรมณ์ ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ก็ยังพบได้ประมาณ ร้อยละ 20 พฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ ยกเว้น การรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางส่วนตัว และการล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ในส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า มีพฤติกรรมในการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ และการรับประทานผักและผลไม้ ได้ค่อนข้างดี ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านอารรมณ์ ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ยังพบได้ประมาณ ร้อยละ 10 และในส่วนพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ได้ตามเกณฑ์

คำสำคัญ : พฤติกรรมด้านสุขภาพ หลัก 3อ. 2ส. พฤติกรรมสุขอนามัย ประชาชนแต่ละกลุ่มวัย

Abstract

The objectives of the study were to examine the level of health behavior according to the 3O 2S, and the hygiene behavior of each age population group, Dontoom district, Nakhon Pathom Province in 2020, The samples were 1758 people. A set of questionnaires was used for data collection. Data analysis was performed using frequency and percentage. The findings showed that in the age of 1-4

years and 5 – 14 years, most of them had a healthy diet except fruits and vegetables. They had also normal physical and emotional behavior. Whereas personal hygiene behavior was not normal. Especially, eating with a personal spoon and wash their hands with soap before meal. On the other hand, in the age of 15-19 years and 20-59 years, they didn't have a healthy diet. Especially, sweet, salty, and oily. Moreover, having fruits and vegetables were less. In the part of physical and emotional behavior which was not normal because of finding smoking 20%. Personal hygiene behavior, they had done normally except using a personal spoon and wash their hands with soap before meal. In the age over 60 years, showed that they had a controlling healthy diet, not sweet, salty, and oily. They also had fruits and vegetables quite well. In the part of physical and emotional behavior which was not normal because of finding smoking and drink alcohol 10%. Whereas personal hygiene behavior was not normal.

Keywords : Health Behavior, 30 25, Hygiene Behavior, each age population group

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดนครปฐม พบอัตราผู้ป่วยและตายด้วยกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) หรือเรียกว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เป็นต้น โดยจากสถิติ ปี พ.ศ. 2559-2563 พบว่ามีประชากรป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ร้อยละ 0.31 , 0.47 , 0.57, 0.63, 0.69 ตามลำดับ ประชากรป่วยตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเสียชีวิต (Cardiovascular disease) ร้อยละ 3.55, 3.89, 5.61, 4.03, 3.62 ตามลำดับ มีประชากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.73, 11.52, 12.17, 12.87, 13.38 ตามลำดับ ประชากรป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.73, 1.72, 1.60, 1.40, 1.29 ตามลำดับ มีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.92, 5.34, 5.68, 6.10, 6.39 ตามลำดับ ประชากรป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.36, 2.07, 1.92, 1.65, 1.49 ตามลำดับ ประชากรป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 0.07, 0.17, 0.22, 0.25, 0.28 ตามลำดับ¹

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลีหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่างๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม การไม่สามารถจัดการอารมณ์ของตนเอง การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว หากได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. คือการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก็จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวได้

ปัจจุบันการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนา “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชีวิตและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน เนื่องจากการพัฒนาให้

ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถของประชาชนทั้งที่เกี่ยวข้องกับ (1) การใช้บริการ (2) การสื่อสารระหว่างการใช้บริการ แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และ (3) การนำข้อมูล ไปใช้เมื่อต้องตัดสินใจในชีวิต สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ และกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้อันจะส่งผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ดังนั้น เพื่อการบรรลุตามภารกิจดังกล่าวข้างต้น ต้องมีฐานข้อมูลที่บ่งชี้ระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นต่อการกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาวัฒนธรรมและการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการป้องกันและลดโรค ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัยของประชาชนแต่ละวัย อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม พ.ศ.2563

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัย อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม จำนวน 38,899 คน ประกอบด้วย อายุ 0-4 ปี จำนวน 1,762 คน, เด็กอายุ 5-14 ปี จำนวน 4,857 คน, เด็กอายุ 15-19 ปี จำนวน 2,703 คน, อายุ 20-59 ปี, จำนวน 24,583 คน, อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7,675 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนแต่ละกลุ่มวัยของอำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม จำนวน 1,758 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970)³ และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ประกอบด้วยอายุ 0-4 ปี จำนวน 317 คน, อายุ 5-14 ปี จำนวน 357 คน, อายุ 15-19 ปี จำนวน 338 คน, อายุ 20-59 ปี จำนวน 379 คน, อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 367 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรม 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย โดยใช้ต้นแบบของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการประกอบด้วย ที่อยู่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, พฤติกรรมการออกกำลังกาย,

พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, พฤติกรรมการดื่มสุรา, พฤติกรรมการกินร้อน/อาหารที่ปรุงสุก, พฤติกรรมการใช้ช้อนกลางส่วนตัว, พฤติกรรมการล้างมือ, พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บข้อมูลและได้แจ้งในแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบด้วยความสมัครใจและเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลที่ไดมารวบรวมและวิเคราะห์ผลเพื่อให้ทราบระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ในภาพรวมของชุมชน ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2563 โดยวิธีการแจกแบบสอบถาม และมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ประสานงานที่เป็นเครือข่ายของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตอนตุม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ทำหน้าที่ผู้ช่วยวิจัยต้องเตรียมการและดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาแนวทางการดำเนินงานการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจ
2. ดำเนินการประสานงานกับผู้ประสานงานในพื้นที่ขอความร่วมมือเพื่อเป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล
3. ประสานงานกับผู้วิจัยในการรับแบบสอบถามระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย อำเภอตอนตุม จังหวัดนครปฐม
4. รวบรวมแบบสอบถาม ระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรม

สุขอนามัยส่วนบุคคล ของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย อำเภอตอนตุม จังหวัดนครปฐม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการใช้ตารางแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล ของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย อำเภอตอนตุม จังหวัดนครปฐม ปี 2563 จำนวน 1,758 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละกลุ่มวัย ตามลำดับ ดังนี้

1. กลุ่มเด็กอายุ 1-4 ปี

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่ เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 47.95 รองลงมา เป็นปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 28.71 น้อยที่สุด เป็นผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 7.57 ส่วนใหญ่ อยู่ตำบลลำเหย ร้อยละ 25.24 รองลงมาเป็น ตำบลห้วยพระ ร้อยละ 18.61 น้อยที่สุดเป็นตำบลดอนรวก ร้อยละ 2.52 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.52 เพศชาย 44.48 ส่วนใหญ่อายุ 2 ปี ร้อยละ 26.18 รองลงมาอายุ 4 ปี ร้อยละ 25.87 น้อยที่สุดอายุ 3 ปี ร้อยละ 23.66 ส่วนใหญ่ ไม่ได้อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 37.85 รองลงมาเป็นอนุบาล ร้อยละ 31.86 น้อยที่สุดอยู่ในศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 30.28 ส่วนใหญ่บิดามารดาหรือผู้ปกครองอาชีพ มีอาชีพใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.12 รองลงมาค้าขาย /ทำธุรกิจ ร้อยละ 17.67 น้อยที่สุดอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 7.57

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ในเด็กอายุ 1-4 ปี ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ร้อยละ 55.82 มีการ

รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ/วัน จำนวน 6-7 วัน /สัปดาห์ ร้อยละ 46.59 รับประทานอาหารข้าว-แป้ง 3-6 ท็อปปี/วัน จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 29.32 รับประทานอาหารข้าว-แป้ง มากกว่า 3-6 ท็อปปี/วัน จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 40.16 รับประทานอาหารข้าว-แป้ง น้อยกว่า 3-6 ท็อปปี/วัน จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 29.32 รับประทานอาหารผัก 2-3 ท็อปปี/วัน จำนวน 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 36.95 รับประทานอาหารผลไม้ 3 ส่วนของอาหารทั้งหมด/วัน จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 33.33 รับประทานนม 2-3 แก้ว/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 30.52 รับประทานน้ำตาล น้อยกว่า 2-3 ช้อนชา/วัน จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 28.11 รับประทานน้ำตาล มากกว่า 2-3 ช้อนชา/วัน จำนวน 1-2 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 29.72 มีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 180 นาที/วัน จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 8.84 ไม่มีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 180 นาที/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 35.34 ชอบเพื่อให้เล่นด้วยกัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 32.13 ไหว้หรือสวัสดี เมื่อพบผู้ใหญ่ จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 28.51 ไม่ร้องไห้เมื่อต้องไปโรงเรียน 6-7 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมสุขอนามัย พบว่า ร้อยละ 38.55 รับประทานอาหารที่สุกและร้อน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 26.91 รับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 25.70 รับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 8.43 รับประทานอาหารไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง ร้อยละ 28.92 มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออก

จากบ้าน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ และร้อยละ 6.43 ไม่ได้มีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อ ออกจากบ้าน

2. กลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่ อยู่ตำบลลำเหย ร้อยละ 25.77 รองลงมาเป็น ตำบลห้วยพระ ร้อยละ 20.17 น้อยที่สุดเป็นตำบลห้วยด้วน ร้อยละ 6.44 เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.14 เพศชาย 42.86 ส่วนใหญ่อายุ 12 ปี ร้อยละ 24.65 รองลงมาอายุ 11 ปี ร้อยละ 17.65 น้อยที่สุดอายุ 6 ปี ร้อยละ 4.76 ส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 16.25 รองลงมาเป็นชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 13.73 น้อยที่สุด ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และไม่ได้เรียน ร้อยละ 0.00 ส่วนใหญ่บิดามารดา หรือผู้ปกครอง มีอาชีพใช้แรง ร้อยละ 39.50 รองลงมาค้าขาย /ทำธุรกิจ ร้อยละ 19.61 น้อยที่สุดอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 3.92

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ในกลุ่มอายุ 5-14 ปี ด้านพฤติกรรม รับประทานอาหารเช้า พบว่า ร้อยละ 58.11 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 61.49 รับประทานอาหารข้าว-แป้ง 7-9 ท็อปปี/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 35.81 รับประทานอาหารข้าว-แป้ง มากกว่า 7-9 ท็อปปี/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 36.15 รับประทานอาหารข้าว-แป้ง น้อยกว่า 7-9 ท็อปปี/วัน ร้อยละ 42.91 รับประทานผัก 4 ท็อปปี/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 37.84 รับประทานผลไม้ 3 ส่วนของอาหารทั้งหมด/วัน จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 32.43 รับประทานเนื้อสัตว์ 5-7 ช้อนกินข้าว/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 32.77 รับประทานไข่ 1 ฟอง/วัน

จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 39.19 ตื่นนอน 2-3 แก้ว/วัน จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 43.24 รับประทานน้ำตาล น้อยกว่า 2-3 ช้อนชา/วัน จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 46.28 รับประทานน้ำตาล มากกว่า 2-3 ช้อนชา/วัน จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 44.93 มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาที/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 49.66 รู้จักรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 47.97 ยอมรับเมื่อทำผิด เช่น ขอโทษหรือยกมือไหว้ จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 48.65 มีความตั้งใจเมื่อทำสิ่งต่างๆ ที่สนใจ จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 48.65 พยายามทำงานที่ยากให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 46.62 ภูมิใจในจุดดีของตนเองจำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 55.07 มีอารมณ์ขันจำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมสุขอนามัย พบว่า ร้อยละ 60.47 รับประทานอาหารที่สุกและร้อน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 37.16 รับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 43.58 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง จำนวน 3-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 51.69 มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 0.34 ไม่ได้มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน

3. กลุ่มอายุ 15-19 ปี

ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ส่วนใหญ่ อยู่ตำบลห้วยพระ ร้อยละ 22.78 รองลงมาเป็น ตำบลลำเหย ร้อยละ 20.12 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.37

เพศชาย 47.63 ส่วนใหญ่อายุ 19 ปี ร้อยละ 25.15 รองลงมาอายุ 15 และ 17 ปี ร้อยละ 20.41 เท่ากัน น้อยที่สุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 15.38 ส่วนใหญ่อยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 18.93 รองลงมาไม่ได้เรียน ร้อยละ 14.20 น้อยที่สุด ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 7.40 ส่วนใหญ่บิดามารดาหรือผู้ปกครอง มีอาชีพใช้แรง ร้อยละ 42.31 รองลงมาค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 13.91 น้อยที่สุดอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจและอยู่บ้าน ไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน ร้อยละ 7.99 เท่ากัน

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ด้านพฤติกรรม รับประทานอาหารเช้า พบว่า ร้อยละ 46.09 รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ/วัน มากที่สุด 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 27.57 มีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 32.10 กินผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัม จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรม การออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 32.10 ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 30.04 มีการจัดการความเครียดของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ จำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรม การสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 56.38 ไม่มีการสูบบุหรี่ หรือสูดควันบุหรี่ ร้อยละ 12.35 มีการสูบบุหรี่ หรือสูดควันบุหรี่ จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรม การดื่มสุรา พบว่า ร้อยละ 9.47 ไม่ได้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.23 ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จำนวน 1-2 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมสุขอนามัย พบว่า ร้อยละ 41.98 รับประทานอาหารที่สุกและร้อน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 45.68 รับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 53.91 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 61.73 มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์

4. กลุ่มอายุ 20-59 ปี

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี ส่วนใหญ่ อยู่ตำบลดอนรวก ร้อยละ 20.84 รองลงมาเป็น ตำบลห้วยพระ ร้อยละ 19.00 น้อยที่สุดเป็นตำบลห้วยด้วน ร้อยละ 7.92 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.32 เพศชาย 36.68 ส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 34.56 รองลงมาอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 21.90 เท่ากัน น้อยที่สุดอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 13.72 ส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.61 รองลงมา ประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.76 ส่วนใหญ่ มีอาชีพใช้แรง ร้อยละ 44.33 รองลงมา ค้าขาย /ทำธุรกิจ ร้อยละ 17.41 น้อยที่สุด อื่นๆ ร้อยละ 5.01

พฤติกรรม 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี ด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหารพบว่า ร้อยละ 47.84 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ/วัน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 38.27 มีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 40.74 กินผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัม จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรม การออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 37.65 ออกกำลังกาย

กายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 42.59 มีการจัดการความเครียดของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหารพบว่า ร้อยละ 39.51 ไม่มีการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ร้อยละ 33.64 มีการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมกรดื่มน้ำ พบว่า ร้อยละ 17.28 ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมสุขอนามัย พบว่า ร้อยละ 64.20 รับประทานอาหารที่สุก และร้อน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 45.68 รับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 51.54 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 50.62 มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 4.34 ไม่มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน

5. กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ อยู่ตำบลห้วยด้วน ร้อยละ 19.62 รองลงมาเป็น ตำบลห้วยพระ ร้อยละ 16.89 น้อยที่สุดเป็นตำบลลำลูกบัว ร้อยละ 8.45 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.04 เพศชาย 41.96 ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50.14 รองลงมาอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30.52 น้อยที่สุดอายุ 90-99 ปี ร้อยละ 5.99 ส่วนใหญ่ จบประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 58.86 รองลงมา ประถมศึกษาตอนปลาย และไม่ได้เรียน ร้อยละ 15.26 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรง ร้อยละ 37.60 รองลงมาค้าขาย /ทำธุรกิจ ร้อยละ 12.81

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขอนามัย ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่ารับประทานอาหารครบ 3 มื้อ/วันจำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 32.35 มีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อจำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 36.93 กินผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมจำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 31.70 มีการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาทีจำนวน 4-5 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 38.24 มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ จำนวน 3 วัน/สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 15.03 มีการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 69.93 ไม่มีการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า ร้อยละ 11.11 ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 68.63 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านพฤติกรรมสุขอนามัย พบว่า ร้อยละ 63.40 รับประทานอาหารที่สุกและร้อนจำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 50.00 รับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 50.00 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง จำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 43.14 มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้านจำนวน 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 7.19 ไม่มีการสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษา

1. ในกลุ่มเด็กอายุ 1-4 ปี มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารในการรับประทานอาหารข้าว-แป้ง 3-6 ทัพพี/วัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.59 ในการรับประทานอาหารผัก 2-3 ทัพพี/วัน อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 29.32 ในการรับประทานอาหารผลไม้ 3 ส่วนของอาหารทั้งหมด/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.95 รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ 3 ช้อนกินข้าว/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.53 ในการดื่มนม 2-3 แก้ว/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ในการรับประทานน้ำตาลน้อยกว่า 2-3 ช้อนชา/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.52 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อย่างน้อย 180 นาที/วัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.72 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ในการชวนเพื่อนให้เล่นด้วยกัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.34 มีระดับพฤติกรรมสุขอนามัยในการรับประทานอาหารที่สุกและร้อน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 38.55 ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง อยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 26.91 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 25.70 และในการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.92

2. ในกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในการรับประทานอาหารข้าว-แป้ง 7-9 ทัพพี/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 58.11 ในการรับประทานอาหารผัก 4 ทัพพี/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 42.91 ในการรับ

ประทานผลไม้ 3 ส่วนของอาหารทั้งหมด/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ในการรับประทาน เนื้อสัตว์ 5-7 ช้อนกินข้าว/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.43 ในการรับประทานไข่ 1 ฟอง/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.77 ในการรับประทานนม 2-3 แก้ว/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 39.19 รับประทานน้ำตาล น้อยกว่า 2-3 ช้อนชา/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 43.24 มีระดับพฤติกรรมในการออกกำลังกาย อย่างน้อย 60 นาที/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 44.93 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ในการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.97 ในการภูมิใจในจุดดีของตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 46.62 มีระดับพฤติกรรมสุขอนามัยในการรับประทานอาหารที่สุก และร้อนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 60.47 ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.16 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.49 ในการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 51.69

3. ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 46.09 ในการควบคุมปริมาณอาหาร และควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวานมัน เค็มจัด ทุกมื้อ/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.10 ในการรับประทานผักและผลไม้สด สะอาด อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.57 ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย

มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.10 ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ในการจัดการความเครียดของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.04 ระดับพฤติกรรมสุขอนามัย ในการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ อยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 56.38 ในการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 59.26 ในการรับประทานอาหารที่สุก และร้อน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.04 ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.68 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 53.91 ในการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 61.73

4. ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี ส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอาหาร รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.84 ในการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.27 ในการรับประทานผักและผลไม้สด สะอาด อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.74 ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.65 ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ในการจัดการความเครียดของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.59 ระดับพฤติกรรมสุขอนามัย ในการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ อยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 39.51 ในการดื่มสุรา

หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 58.64 ในการรับประทานอาหารที่สุกและร้อน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 64.20 ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.53 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 51.54 ในการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.62

5. ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 51.31 ในการควบคุมปริมาณอาหาร และควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ/วัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.41 ในการรับประทานอาหารผักและผลไม้สด สะอาด อย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัม/วัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.93 ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที/วัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 31.70 ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ในการจัดการความเครียดของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.24 ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขอนามัย ในการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ อยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 69.93 ในการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 68.63 ในการรับประทานอาหารที่สุกและร้อน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 63.40 ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.00 ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.00 ในการสวมหน้ากากอนามัย

เมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 43.14

อภิปรายผลการศึกษา

1. ในกลุ่มเด็กอายุ 1-4 ปี มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารในการรับประทานอาหารผักและผลไม้/วัน อยู่ในระดับน้อยและปานกลาง ต้องมีการแก้ไขให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ในการดื่มนม ถึงแม้จะอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็ยังจำวนน้อยอยู่ ต้องเพิ่มจำวนให้มากยิ่งขึ้น ในส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อย่างน้อย 180 นาที/วัน ก็อยู่ในระดับมาก แต่มีจำวนน้อยต้องเพิ่มจำวนให้มากขึ้น ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขอนามัย ในการรับประทานอาหารที่สุกและร้อน อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็ยังมีจำวนน้อยอยู่ ต้องเพิ่มจำวนให้มากขึ้น ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง ก็อยู่ในระดับน้อยมาก ก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง อยู่ในระดับมากที่สุด แต่มีจำวนยังน้อยอยู่ และในการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็มีจำวนน้อย

2. ในกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในการรับประทานอาหารผลไม้ 3 ส่วนของอาหารทั้งหมด/วัน อยู่ในระดับปานกลาง ต้องเพิ่มระดับให้มากขึ้น ในการรับประทานนม 2-3 แก้ว/วัน อยู่ในระดับมาก แต่ก็ยังมีจำวนน้อยอยู่ ต้องเพิ่มจำวนให้มากขึ้น มีระดับพฤติกรรมในการออกกำลังกาย อย่างน้อย 60 นาที/วัน อยู่ในระดับมากที่สุด มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขอนามัย ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็มีจำวนน้อยต้อง

เพิ่มจำนวนให้มากขึ้น ในส่วนก่อนรับประทาน อาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง และการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็ยังมีจำนวนน้อยอยู่ ต้องเพิ่มจำนวนให้มากขึ้น

3. ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีระดับ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในการควบคุม ปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ/วัน อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที/วัน อยู่ในระดับปานกลาง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ในการสูบบุหรี่หรือ สูดควันบุหรี่ และการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อยมาก ในการ รับประทานอาหารที่สุกและร้อน อยู่ในระดับมาก ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของ ตัวเอง และก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ ทุกครั้ง และการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออก จากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็ยังมีจำนวน ไม่ถึงร้อยละ 90-100

4. ในกลุ่มอายุ 20-59 ปี มีระดับ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในการควบคุม ปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ/วัน ในการรับประทานอาหารผักและ ผลไม้สด สะอาด อย่างน้อยครั้งก็โลกรั่ม/วัน อยู่ ในระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการ ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึก เหนื่อย มีเหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที/วัน อยู่ใน ระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้าน อารมณ์ในการจัดการความเครียดของตนเอง ด้วย การมองโลกในแง่ดีเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ในการสูบบุหรี่หรือสูด

ควันบุหรี่ และในการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อยมาก แต่ก็ยังมีจำนวน ไม่มากนัก ต้องเพิ่มจำนวนให้มากขึ้น ในการรับ ประทานอาหารที่สุกและร้อน และการรับประทานอาหาร โดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง และก่อน รับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง และ ในการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็ยังมีจำนวนไม่มากถึง ร้อยละ 90-100

จะเห็นได้ว่า ในกลุ่มตั้งแต่อายุ 15 ขึ้นไป ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กองสุขศึกษากรม สันนิษฐานบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขใน ปี 2560 ที่พบว่า ในกลุ่มคนที่อายุ 15-59 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 และ 50.25 ตามลำดับ⁴ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 – 59 ปีเป็น ช่วงวัยที่จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังค่อนข้างสูง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริม สุขภาพและการป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง

5. ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ในการควบคุม ปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ/วัน ในการรับประทานอาหารผักและ ผลไม้สด สะอาด อย่างน้อยครั้งก็โลกรั่ม/วัน อยู่ใน ระดับมาก ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออก กกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมี เหงื่อออก อย่างน้อย 30 นาที/วัน อยู่ในระดับมาก ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ในการจัดการ ความเครียดของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่

ดีเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรม สุขอนามัย ในการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ในการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อยมาก ในการรับประทานอาหารที่สุกและร้อน ในการรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางของตัวเอง และก่อนรับประทานอาหารล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง และการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็ยังมีจำนวนไม่มากถึงร้อยละ 90-100 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก แต่ยังไม่ถึงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สารรักษ์, ฐิติรัช งานฉมิง และนันทยา กระสวยทอง⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 88.5 ระดับพฤติกรรม สุขภาพรายด้านที่ควรส่งเสริมสุขภาพคือด้านกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรมีการออกแบบหรือการวางแผนที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2559-2563. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563]. สืบค้นจาก https://npt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
2. ณัฐินี พงศ์ไพฑูรย์สิน, อภิชา น้อมศิริ, และงามจิต คงสุผล. พฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส.) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563; 3(2) : 95-108.

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและวางแผนยุทธศาสตร์หรือกำหนดมาตรการต่างๆ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ตามกลุ่มวัย
2. ประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน ตามกลุ่มวัย ที่ผ่านมา
3. ควรมีการขยายผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย เพิ่มจำนวนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอดอนตูม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอดอนตูม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูมทุกคน ที่มีส่วนช่วยในการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในอนาคตต่อไป

3. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1979; 30: 607-610.
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร : นิเวศรรมดาการพิมพ์; 2560.
5. มินตรา สาระรักษ์, จุติรัช งานฉม้ง และนันทยา กระสวยทอง. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอดอนจาน จังหวัดอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563; 35(3): 303-310.

บทความพิเศษ

จากโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย สู่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช From Midwifery School to College of Nursing, Chakriraj

จรัสศรี เพ็ชรคง*

Jaratsri Petchkong*

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช: สถาบันพระบรมราชชนก ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*College of Nursing, Chakriraj: Praboromarajchanok Institute, Ladbuakhaw Sub-District, Banpong
District, Ratchaburi Province,

คำสำคัญ: โรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

Keywords: Midwifery school, College of Nursing ,Chakriraj

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ปัจจุบัน ตั้งอยู่เลขที่ 99 หมู่ 3 ตำบลลาดบัวขาว
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี บนเนื้อที่ 40 ไร่ 80.8
ตารางวา เดิมชื่อโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัยราชบุรี
ซึ่งเป็นงานฝ่ายหนึ่งของศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต
7 ราชบุรี (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์อนามัยที่ 5
ราชบุรี) ตั้งอยู่เลขที่ 429 ถ.ศรีสุริยวงศ์ ต.หน้าเมือง
อ.เมือง จ.ราชบุรี และนับเป็นสถาบันการศึกษา 1
ใน 7 แห่ง ของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข ในสมัยนั้น เมื่อกาลเวลาผ่านไป
จากโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย ก็ค่อยๆ พัฒนาและ
เติบโตขึ้น กลายเป็นวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์
ราชบุรี สังกัดศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี
(ชื่อในขณะนั้น ซึ่งเดิมคือศูนย์อนามัยแม่และเด็ก
เขต 7 ราชบุรี) ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติโอน
อำนาจหน้าที่ และกิจกรรมบริหารราชการในการแบ่ง

ส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2536
วิทยาลัยฯ จึงได้เปลี่ยนสังกัดจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
เขต 4 ราชบุรีมาขึ้นตรงต่อสถาบันพัฒนากำลัง
คนด้านสาธารณสุข (สถาบันพระบรมราชชนก)
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹ ต่อมาสมเด็จพระ
ศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้ทรงพระกรุณา
โปรดเกล้าฯ พระราชทานชื่อวิทยาลัยพยาบาลใน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งทั้งที่เปิดดำเนินการ
แล้วและจะเปิดดำเนินการในอนาคต ยกเว้น
วิทยาลัยที่ได้รับพระราชทานชื่ออยู่ก่อนแล้ว ว่า
“วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี” วิทยาลัย
พยาบาลและผดุงครรภ์ ราชบุรี จึงใช้ชื่อใหม่ว่า
“วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี”² ตั้งแต่วันที่
22 สิงหาคม พ.ศ. 2537 ต่อมาในปี พ.ศ.2539
ได้รับพระมหากรุณาธิคุณอันสูงสุดจากพระบาท
สมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชม
หาราช บรมนาถบพิตร พระราชทานนามต่อท้าย
ใหม่ว่า “จักรีราช” อันมีความหมายว่า “รัชกาล

แห่งพระราชวงศ์จักรี”³ วิทยาลัยฯ จึงใช้ชื่อใหม่ว่า “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช” ตั้งแต่วันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2539 เป็นต้นมา⁴ ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช เป็นส่วนราชการหนึ่งของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีฐานะเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแนะนำให้รู้จักวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2513 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 50 ปีมาแล้ว โดยจะนำเสนอตั้งแต่ประวัติความเป็นมาเส้นทางการเปลี่ยนผ่านจากโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัยสู่การเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช จากที่ตั้งแห่งเดิมจากอำเภอเมืองราชบุรี สู่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และเส้นทางการพัฒนาหลักสูตร จากผดุงครรภ์อนามัยสู่พยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันอุดมศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และบทสรุป

ประวัติของโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัยราชบุรี

ในปี พ.ศ. 2510 ได้มีการจัดตั้งศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 7 จังหวัดราชบุรี สังกัดกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี ก่อสร้างเมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2510 ใช้เวลาก่อสร้าง 2 ปี จึงแล้วเสร็จ เปิดให้บริการแก่ประชาชนเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ.2512 ในระยะแรกได้แบ่งการบริหารงานเป็น 4 ฝ่าย ได้แก่ โรงเรียนผดุงครรภ์

อนามัย โรงพยาบาลแม่และเด็ก ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายธุรการ และได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ในหลวงรัชกาลที่ 9 และสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เสด็จทรงเปิดเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2512⁵ ก่อนหน้านี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ยังทรงทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทว่าศูนย์อนามัยแม่และเด็กยังขาดงบประมาณในการก่อสร้างโรงอาหารและครัวสำหรับนักเรียนผดุงครรภ์อนามัยและผู้มาพักคลอด จึงไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ จึงทรงมีพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ พระราชทานทรัพย์จำนวน 500,000 บาท เพื่อก่อสร้างอาคารดังกล่าวและเสร็จเรียบร้อยในเดือนกันยายน พ.ศ.2512 ต่อมาใช้ชื่ออาคารพระราชทานหลังนี้ว่า “อาคารเฉลิมราช 2511”⁶

ฝ่ายโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัยนั้น มีหน้าที่หลักคือผลิตและอบรมผดุงครรภ์อนามัยไปปฏิบัติงานในสถานอนามัยชนบทเพื่อช่วยเหลือประชาชน

ในด้านการทำคลอด การดูแลสุขภาพทารกและเด็ก การอนามัยโรงเรียน การป้องกันโรคต่างๆ การปฐมพยาบาล ตลอดจนโภชนาการ และคหกรรมศาสตร์โดยเปิดการเรียนการสอนรุ่นแรกในปีการศึกษา 2513 มีผู้อำนวยการคนแรก คือ นายแพทย์ดิลก ทิวทอง ซึ่งเป็นผู้อำนวยการศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 7 ในขณะนั้นด้วย⁵ โดยรับนักเรียนรุ่นแรก ที่จบจากชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ม.6 เดิม) จำนวน 50 คน ระยะเวลาเรียน 1 ปี 6 เดือน และได้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรมาเป็นลำดับจากโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัยสู่การเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ในปัจจุบัน

เส้นทางการเปลี่ยนผ่านจากโรงเรียนผดุงครรภ์ อนามัยสู่การเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

การย้ายสถานที่ตั้งจาก อ.เมืองราชบุรี สู่
อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ดังที่กล่าวแล้วว่า แต่เดิมวิทยาลัยฯ เป็นฝ่ายหนึ่งของศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 7 ราชบุรี (ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี) ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 7 ราชบุรี ในขณะนั้น คือ นายแพทย์ ดิลก ทิวทอง ท่านจึงถือเป็นผู้อำนวยการคนแรก ของโรงเรียนผดุงครรภ์ราชบุรีด้วย (พ.ศ. 2513-2516) ต่อมาในปี 2517 ได้มีการแต่งตั้งผู้อำนวยการโรงเรียนผดุงครรภ์คนที่ 2 ได้แก่ อาจารย์สุจินต์ นรเดชาพันธ์ (2517-2527) ซึ่งท่านได้วางรากฐานที่เข้มแข็ง ให้กับโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัยราชบุรี ในฐานะโรงเรียนผดุงครรภ์ 1 ใน 7 แห่งของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเมื่อท่าน เกษียณอายุราชการ ในปี พ.ศ. 2527 ผู้อำนวยการ คนที่ 3 ของวิทยาลัย ได้แก่ อาจารย์คมคาย กิจวัฒน์ชัย (พ.ศ. 2528-2538) ซึ่งในสมัยของท่านมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการ เช่น ในปี พ.ศ. 2530 รัฐบาลโดยสำนักงานข้าราชการพลเรือนได้ ปรับโครงสร้างใหม่และปรับตำแหน่งในรูปการ กำหนดอัตราค่าจ้าง 3 ปี มีการรวมศูนย์วิชาการ สายส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก ศูนย์โภชนาการ ศูนย์อนามัยโรงเรียน ศูนย์ ทันตสาธารณสุข จึงเปลี่ยนชื่อจากศูนย์อนามัยแม่ และเด็ก เขต 7 จังหวัดราชบุรีเป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี และโรงเรียนผดุงครรภ์ ราชบุรี เปลี่ยนชื่อเป็น วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ ราชบุรี สังกัดกรมอนามัย เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2530⁵ ในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุข

เปลี่ยนพื้นที่รับผิดชอบ เป็น 12 เขต จึงเปลี่ยนชื่อ เป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้ง สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขขึ้น โดย ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ หน้า 21 เล่ม 110 ตอนที่ 12 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2536 และให้สถาบันการศึกษาทุกแห่งในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข โอนไปขึ้นกับสถาบันพัฒนากำลังคน ด้านสาธารณสุข¹ วิทยาลัยฯ ในขณะนั้นจึงได้ ดำเนินการแบ่งทรัพย์สินเฉพาะอาคารที่ใช้อยู่ และ บริเวณสนามหน้าอาคาร ให้เป็นส่วนของวิทยาลัย แยกออกจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี อย่างชัดเจน (ในปีงบประมาณ 2559 กรมอนามัย ได้เปลี่ยนชื่อศูนย์ให้สอดคล้องกับเขตบริการ สุขภาพ เป็นศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปัจจุบัน)⁵ สำหรับวิทยาลัยนั้น ในปี พ.ศ. 2537 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้ทรงพระกรุณา โปรดเกล้าฯ พระราชทานชื่อวิทยาลัยพยาบาลใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ยกเว้นวิทยาลัย พยาบาลที่ได้รับพระราชทานชื่ออยู่ก่อนแล้วว่า “วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี” ดังนั้นวิทยาลัย พยาบาลและผดุงครรภ์ ราชบุรี จึงได้ชื่อที่ทรง พระกรุณาโปรดเกล้าฯ ว่า “วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี ราชบุรี 2” ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2537 และมีพระบรมราชานุญาตให้ใช้อักษร “พระนามย่อ” ของพระองค์เป็นตราประจำวิทยาลัย⁷ นอกจากนั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการ วางแผนย้ายวิทยาลัยไปพื้นที่แห่งใหม่ สืบเนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาการ สาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 และ 8 โดยมีนโยบาย ที่จะขยายสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ ครอบคลุมพื้นที่ส่งผลให้วิทยาลัยต้องเพิ่มการผลิต

พยาบาลและผดุงครรภ์ให้สอดคล้องกับการพัฒนา กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยในช่วง เวลาดังกล่าว วิทยาลัยเปิดสอนใน 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ระดับ ต้น) และหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี) รวมถึงมีแผนใน การเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (4 ปี) และ ยังมีการจัดอบรมหลักสูตรต่างๆ ตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข เช่นหลักสูตรอบรมหัวหน้า สถานีนอมนัย หลักสูตรอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชายแดน หลักสูตรอบรมผู้บริหารระดับต้น เป็นต้น ซึ่งสภาพการดำเนินการในขณะนั้นมีความแออัด มีเนื้อที่เพียง 4 ไร่เศษ การพัฒนาห้องสมุด ห้องปฏิบัติการต่างๆ รวมถึงอาคารหอพักสำหรับ นักศึกษาไม่เพียงพอ เนื่องจากพื้นที่เดิมคับแคบ วิทยาลัยพิจารณาแล้วเห็นว่าเพื่อให้การจัดการ ศึกษาเป็นไปตามมาตรฐานการศึกษาพยาบาล และรองรับการขยายการผลิตบุคลากรในอนาคต จึงเห็นควรเตรียมพื้นที่เพื่อก่อสร้างวิทยาลัยใหม่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาสถานที่ใหม่

ในปี พ.ศ. 2538 วิทยาลัยได้มีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ราชพัสดุและที่ดินจังหวัดราชบุรี เพื่อบริหารที่ดินสาธารณประโยชน์ในเขตอำเภอมือง แต่ไม่มีที่ที่จะใช้ประโยชน์ได้ จึงได้พิจารณาที่ดินใน อำเภอบ้านโป่ง ซึ่งเป็นอำเภอที่มีความเจริญ อยู่ ห่างจากอำเภอมืองราชบุรีประมาณ 40 กม. และมีโรงพยาบาลบ้านโป่งที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 350 เตียง สามารถใช้เป็นสถาบันหลัก สำหรับให้นักศึกษาฝึกงานภาคปฏิบัติได้ โดยที่ดิน ที่ได้รับการพิจารณาสำหรับการย้ายวิทยาลัยไป ก่อสร้าง เป็นที่ดินที่เป็นไร่อ้อยเดิมและเจ้าของที่ดิน ได้บริจาคเป็นที่ธรณีสงฆ์ ให้วัดรางวาลย์ในเขต

ตำบลลาดบัวขาว และได้รับความอนุเคราะห์จาก พระครูพิบูลธรรมโกศล (พระอธิการฉลาด อติพโล สมณศักดิ์ในขณะนั้น) เจ้าอาวาสวัดรางวาลย์ใน ขณะนั้นยินยอมมอบที่ดินให้กับทางวิทยาลัยในการ ดำเนินการจัดการศึกษาต่อไป วิทยาลัยจึงได้จัดทำ โครงการย้ายวิทยาลัยขึ้น และเสนอโครงการเพื่อ ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดราชบุรี และแจ้งสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข เพื่อขออนุมัติจากสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขในการประสานการใช้ที่ดินกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเรื่องที่ดินกับ กรมศาสนาและขอตั้งงบประมาณในการก่อสร้าง โดยสถาบันพระบรมราชชนกได้ทำเรื่องขออนุมัติ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และได้รับ การอนุมัติเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2540 ในการ เช่าที่ดินของวัดรางวาลย์จำนวน 48 ไร่ 1 งาน 20 ตารางวา อัตราค่าเช่า 250 บาท/เดือน ปีละ 3,000 บาท มีกำหนด 30 ปี โดยต่อสัญญาเป็นระยะๆ เพื่อก่อสร้างวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ซึ่งสภาพที่ดินที่เช่าเป็นพื้นที่ดินไม่มีสิ่งปลูกสร้างใดๆ⁸ และที่ดินดังกล่าวยังมีส่วนที่ติดกับพื้นที่ที่จะ ก่อสร้างวิทยาลัยการอาชีพบ้านโป่ง ที่ย้ายมาเช่า ที่ของวัดรางวาลย์เช่นกัน แต่ในปี พ.ศ. 2538 อาจารย์คมคาย กิจวัฒนชัย ได้ย้ายไปเป็นผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี อาจารย์นิษฐิตา ลีนะขุนนางกูร (2538 – 2544) ได้ ย้ายมาเป็นผู้ผู้อำนวยการคนที่ 4 ของวิทยาลัยและ ดำเนินการเรื่องย้ายวิทยาลัยต่อ เมื่อวิทยาลัยได้ ดำเนินการก่อสร้าง ได้มีการปรับสัดส่วนพื้นที่ใน การก่อสร้างที่เป็นของวิทยาลัย ทั้งหมด จำนวน 40 ไร่ 80.8 ตารางวา โดยมีการวางศิลาฤกษ์ เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2540 อาคารหลังแรก ของวิทยาลัย เป็นอาคารอำนวยการ ความสูง 6 ชั้น

และวิทยาลัยได้ขอพระราชทานชื่ออาคารซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานชื่อว่า อาคารนวมินทรารักษ์ ตามหนังสือของสำนักราชเลขาธิการพระบรมมหาราชวัง เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2541⁹ และเพื่อเป็นสิริมงคลและแสดงความจงรักภักดี กระทรวงสาธารณสุขได้ขออนุญาตเชิญตราสัญลักษณ์งานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2542 ประดิษฐานที่อาคารนวมินทรารักษ์ ตามหนังสืออนุญาตให้ใช้ตราสัญลักษณ์ จากสำนักราชเลขาธิการ ลงวันที่ 23 มกราคม 2543¹⁰

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2543 วิทยาลัยได้ดำเนินการขนย้ายวัสดุ อุปกรณ์ ต่างๆ รวมถึงบุคลากรทั้งหมดมาปฏิบัติงานในสถานที่ตั้งแห่งใหม่ ซึ่งขณะนั้นมีอาคารที่แล้วเสร็จเพียงอาคารเดียว คือ อาคารนวมินทรารักษ์ ส่วนอาคารเรียน 3 ชั้น และหอพักนักศึกษาอยู่ระหว่างการก่อสร้าง

นอกจากนั้นในช่วงที่ย้ายวิทยาลัย ในการส่งนักศึกษาไปฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งอยู่ห่างจากวิทยาลัยประมาณ 6 กม. เพื่อความปลอดภัยและการเดินทางของนักศึกษา วิทยาลัยจึงได้จัดทำโครงการความร่วมมือระหว่างวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช สถาบันพระบรมราชชนก กับโรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งมีนายแพทย์วิทยา จารุพูลผล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในขณะนั้น ดำเนินการจัดสร้างอาคารหอพักในพื้นที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง เป็นอาคาร 32 ยูนิต โดยมีข้อตกลงว่า ค่าใช้จ่ายในการก่อสร้าง

เป็นของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ทั้งหมดแต่การก่อสร้างใช้ที่ดินของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงซ่อมแซม โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ¹¹ ซึ่งปัจจุบันยังคงใช้ประโยชน์ร่วมกันอยู่ต่อมาเมื่ออาจารย์นิษฐา สีนะขุนางกูร เกษียณอายุราชการ อาจารย์ วัฒนิจ สิงหะ (พ.ศ. 2544-2546) ได้มาเป็นผู้อำนวยการคนที่ 5 ของวิทยาลัย ในสมัยนี้ไม่มีการก่อสร้างเพิ่มเติมแต่เน้นการพัฒนาในเรื่องของการประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของสังคม ในปี พ.ศ. 2546 ท่านได้ย้ายไปเป็นผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี อาจารย์วิภาวรรณ อริยานนท์ ได้ย้ายมาเป็นผู้อำนวยการคนที่ 6 (พ.ศ. 2546-2554) ซึ่งในสมัยนี้ได้มีการจัดทำหอพระด้านหน้าวิทยาลัย โดยได้รับมอบพระพุทธรูปจากเจ้าอาวาสวัดรางวัลย์ และได้ก่อสร้างอาคารปกครอง “อาคารพระครู วิจิตรธรรมธาดา” โดยการบริจาคของพระครูวิจิตรธรรมธาดา เจ้าอาวาสวัดหุบกระเทียม จังหวัดราชบุรี ในขณะนั้นและมีการก่อสร้างอาคารหอพักใหม่ในการรองรับนักศึกษาจากโครงการขยายแดนใต้ อีก 1 หลัง เมื่อท่านเกษียณอายุราชการ อาจารย์ ดร.ศุภกิจ เจริญสุขย้ายมาเป็นผู้อำนวยการคนที่ 7 (พ.ศ. 2555-2561) มีการสร้างอาคารเรียนและหอพักนักศึกษา 5 ชั้น และได้ขอประทานนามอาคารหลังนี้จากสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก องค์ที่ 20 ซึ่งพระองค์ได้โปรดประทานนามว่า “วิชญะเวศม์” อ่านว่า วิด-ชะ-ยะ-เวด แปลว่าที่อยู่ของผู้มีความรู้ เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2561¹² โดยอาคารหลังนี้ ชั้นล่างเป็นห้องสมุด ชั้นที่ 2 เป็นห้องทำงานของฝ่ายวิชาการ ชั้นที่ 3 เป็นห้องเรียน ส่วนชั้น 4 และ 5 จัดทำเป็นห้องพักของนักศึกษา ในปีพ.ศ. 2560

อาจารย์ ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข ได้ย้ายกลับไปเป็นผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี และ อาจารย์ ดร.พีระนันท์ จิระยิ่งมงคล ย้ายมาเป็นผู้อำนวยการคนที่ 8 (พ.ศ. 2561 – ปัจจุบัน) เป็นสมัยแห่งการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจาก ในปี 2562 สถาบันพระบรมราชชนกได้มีการปรับเปลี่ยนสถานะเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ให้การศึกษา ส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพ ทำการสอนทำการวิจัย ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และทะนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม ดำเนินงานภายใต้ “พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562”¹³

การพัฒนาหลักสูตร จากผดุงครรภ์อนามัยสู่พยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันอุดมศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

เริ่มต้นจากการเป็นโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย ราชบุรี ซึ่งเป็นฝ่ายงานหนึ่งในสังกัดศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 7 ราชบุรี เริ่มเปิดสอนครั้งแรกในปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา จากข้อมูลทะเบียนประวัติของนักศึกษา¹⁴ ตั้งแต่การรับนักศึกษารุ่นที่ 1 จนถึงรุ่นปัจจุบัน พบว่ามีการดำเนินการพัฒนาหลักสูตรในแต่ละช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันมีศิษย์เก่าที่จบการศึกษาจากวิทยาลัย มากกว่า 5,000 คน ดังนี้

ปี พ.ศ.2513 ใช้หลักสูตรการศึกษาผดุงครรภ์อนามัย พ.ศ.2508 แก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1 พ.ศ.2511 ของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ระยะเวลาการศึกษา 1 ปี 6 เดือน รับนักเรียนที่จบ

จากระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ม.6 เดิม) เปิดรับปีละ 2 รุ่น คือรับเข้าศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ และ สิงหาคมของทุกปี โดยเริ่มรับนักศึกษารุ่นที่ 1 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2513 จำนวน 50 คน โดยนับเป็นแห่งที่ 5 ของกรมอนามัย เมื่อสำเร็จการศึกษาได้รับประกาศนียบัตรผดุงครรภ์อนามัย ได้ใบประกอบโรคศิลปะสาขาการผดุงครรภ์ชั้นสอง หลักสูตรฉบับนี้ใช้มาจนถึง พ.ศ. 2522 ถึงนักศึกษารุ่นที่ 18 รวมนักศึกษาที่จบการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งหมด 951 คน

ปี พ.ศ. 2522 ได้ปรับปรุงหลักสูตรใหม่ โดยใช้ชื่อหลักสูตรว่า หลักสูตรผดุงครรภ์อนามัย ชุมชน พ.ศ. 2522 โดยปรับปรุงจากหลักสูตรการศึกษามผดุงครรภ์อนามัย พ.ศ. 2508 แก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 2 พ.ศ. 2522 ปีเริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2522 – 2526 โดยใช้กับนักศึกษารุ่นที่ 19 ถึงนักศึกษารุ่นที่ 26 มีจำนวนนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาทั้งสิ้น 497 คน สรุปรวมผู้สำเร็จการศึกษา จาก หลักสูตรผดุงครรภ์อนามัย ที่ใช้ระยะเวลาเรียน 1 ปี 6 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 1,448 คน

ในปี พ.ศ.2526 ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรใหม่ เป็นหลักสูตรการสาธารณสุขชุมชน (ผดุงครรภ์อนามัย) ระยะเวลาเรียน 2 ปี เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2526 – 2530 โดยใช้กับนักศึกษารุ่นที่ 27 ถึงนักศึกษารุ่นที่ 33 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 454 คน

ในปี พ.ศ. 2530 ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรใหม่ เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับต้น พ.ศ. 2530 และมีการเปลี่ยนชื่อวิทยาลัยใหม่เป็น วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ราชบุรี สังกัดกรมอนามัย หลักสูตรนี้มีระยะเวลาเรียน 2 ปี เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2530 – 2537

โดยใช้นักศึกษารุ่นที่ 34 ถึงรุ่นที่ 45 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 719 คน

และสืบเนื่องจากในปี พ.ศ.2537 ได้มีการปรับเปลี่ยนต้นสังกัด โดยในขณะนั้นมีนโยบายให้ทุกวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ไปอยู่ในสังกัดเดียวกัน วิทยาลัยจึงต้องใช้หลักสูตรของกองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น พ.ศ.2535 หลักสูตรนี้มีระยะเวลาเรียน 2 ปี เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2537 – 2541 โดยใช้นักศึกษารุ่นที่ 46 ถึงนักศึกษารุ่นที่ 48 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 333 คน

นอกจากนั้น ในปี พ.ศ.2537 วิทยาลัยยังได้เปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี) หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2535 ซึ่งช่วงแรกยังเป็นหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาเรียน 1 ปี 8 เดือน รับนักศึกษารุ่นแรกจำนวน 58 คน และเมื่อมีการปรับเปลี่ยนต้นสังกัดวิทยาลัยจึงปรับไปใช้หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี หลักสูตรปรับปรุงพ.ศ. 2535 และนำหลักสูตรเข้าสมทบกับคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล โดยวิทยาลัยผลิตนักศึกษาต่อเนื่องทั้งหมดจำนวน 12 รุ่น ถึงปี 2550 จำนวนผู้สำเร็จการศึกษา 741 คน และเปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี (ภาคพิเศษ) อีก 1 รุ่น จำนวนผู้สำเร็จการศึกษา 49 คน

ในปี พ.ศ. 2540 วิทยาลัยได้มีการพัฒนาหลักสูตรอีกครั้งหนึ่ง โดยมีการขอเปิดหลักสูตรใหม่ในระดับปริญญาตรี คือ หลักสูตรพยาบาลศาสตร

บัณฑิต พ.ศ. 2540 แต่เนื่องจากในเวลานั้นวิทยาลัยได้เข้าสมทบกับคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ดังนั้นจึงต้องนำหลักสูตรเข้ารับการพิจารณาจากสภามหาวิทยาลัย และในที่สุดหลักสูตรดังกล่าวก็ได้รับการอนุมัติ และให้ใช้ชื่อหลักสูตรว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรใหม่ พ.ศ.2542 ซึ่งหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมาเฉพาะที่ให้กับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัชเท่านั้น ยังไม่ได้ใช้หลักสูตรกลางที่มาจากสถาบันพระบรมราชชนก¹⁵ โดยหลักสูตรนี้เริ่มรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรเป็นรุ่นแรกตั้งแต่วันที่ 1 พ.ศ.2540 – 2545 โดยใช้นักศึกษารุ่นที่ 1 ถึงรุ่นที่ 6 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 284 คน และวิทยาลัยได้มีการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ดังนี้

ในปี พ.ศ. 2545 มีการปรับเปลี่ยนหลักสูตรอีกครั้งหนึ่งโดยสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งได้พัฒนาและออกแบบหลักสูตรแบบบูรณาการขึ้น โดยใช้ชื่อว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2545 (บูรณาการ) เริ่มใช้ปี พ.ศ. 2545 – 2548 โดยใช้นักศึกษารุ่นที่ 7 ถึงนักศึกษารุ่นที่ 10 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 243 คนหลังจากนั้นมีพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องและทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม แต่ทั้งนี้โครงสร้างส่วนใหญ่ยังเป็นหลักสูตรแบบเดิม ได้แก่

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2550 ใช้ใน ปี พ.ศ. 2550 – 2551 โดยใช้นักศึกษารุ่นที่ 11 ถึงนักศึกษารุ่นที่ 12 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น

238 คน สำหรับนักเรียนรุ่นที่ 11 นั้น เป็นรุ่นพิเศษที่มีการรับนักศึกษาในโครงการชายแดนภาคใต้ โดยมีการรับนักศึกษาเพิ่มขึ้นจากเดิมถึง 2 เท่า

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2552 ใช้ใน ปี พ.ศ. 2552 – 2555 โดยใช้กับนักเรียนรุ่นที่ 13 ถึงนักเรียนรุ่นที่ 16 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 361 คน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ใช้ใน ปี พ.ศ. 2556 – 2560 โดยใช้กับนักเรียนรุ่นที่ 17 ถึงนักเรียนรุ่นที่ 21 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 405 คน

ในปี 2561 มีการปรับเปลี่ยนหลักสูตรอีกครั้งหนึ่งเนื่องจากครบวงจรการพัฒนาหลักสูตรตามมาตรฐานการอุดมศึกษาและการประกันคุณภาพหลักสูตร ใช้ชื่อว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2561 ใช้ใน ปีพ.ศ.2561 – 2563 โดยใช้กับนักเรียนรุ่นที่ 22 เป็นต้นมาขณะนี้ยังไม่มีผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ ซึ่งเมื่อนับรวมถึงปัจจุบัน วิทยาลัยมีศิษย์เก่าจากทุกหลักสูตร รวมทั้งสิ้น 5,275 คน

ทั้งนี้ในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกหลักสูตรนั้น เป็นหลักสูตรที่สมทบกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเมื่อสำเร็จการศึกษา นักศึกษาผู้สำเร็จการศึกษาจะรับปริญญาบัตร และใช้ครุวิทยฐานะของมหาวิทยาลัยมหิดลแต่ตั้งที่กล่าวแล้วว่าใน

ปี พ.ศ.2562 มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญคือ สถาบันพระบรมราชชนกได้เปลี่ยนสถานะมาเป็นองค์กรในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข บริหารงานตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2562 ดังนั้น วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จึงมีสถานะเป็นส่วนหนึ่งของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกจึงมีการพัฒนาหลักสูตรอีกครั้งหนึ่ง โดยมีการถ่ายโอนหลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2561เป็นของสถาบันพระบรมราชชนก และเมื่อสำเร็จการศึกษา ผู้สำเร็จการศึกษาจะรับปริญญาบัตร และใช้ครุวิทยฐานะของสถาบัน

บทสรุป

ตลอดระยะเวลา 50 ปี ที่ผ่านมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช สามารถผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ตั้งแต่ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน จนถึงพยาบาล ออกไปรับใช้สังคม โดยมีศิษย์เก่าที่จบจากสถาบันแห่งนี้มากกว่า 5000 คน ทุกอย่างก้าวมีความตั้งใจของบุคลากร อาจารย์และนักศึกษาที่พากันก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงจนมาสู่การเป็นสถาบันอุดมศึกษาด้านการพยาบาลในปัจจุบัน และเราจะยังก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างตั้งใจ ที่จะพัฒนาสถาบันการศึกษาและวิชาชีพการพยาบาลอย่างสมเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ ให้สมกับที่มาของชื่อสถาบัน “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช” ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536. ราชกิจจานุเบกษา.ฉบับพิเศษ เล่ม 110 ตอนที่ 12. (2536, 26 กุมภาพันธ์).หน้า 21.

2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง พระราชทานชื่อวิทยาลัยพยาบาล และพระราชทานพระราชนุญาตให้อัญเชิญพระนามาภิไธยเป็นชื่อวิทยาลัยการสาธารณสุข.ราชกิจจานุเบกษา.เล่มที่ 111 ตอนพิเศษ 36 ง. (2537, 1 กันยายน). หน้า 8-12.
3. หนังสือสำนักราชเลขาธิการ พระบรมมหาราชวัง ที่ รล 0003/9180 ลงวันที่ 5 มิถุนายน 2539 เรื่อง พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ต่อท้ายชื่อวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี.(หนังสือราชการ).
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง พระราชทานชื่อวิทยาลัยพยาบาล และพระราชทานพระราชนุญาตให้อัญเชิญพระนามาภิไธยเป็นชื่อวิทยาลัยการสาธารณสุข. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 113 ตอนที่ 72 ง. (2539, 5 กันยายน). หน้า 16-18.
5. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. ประวัติความเป็นมา.[ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc5.anamai.moph.go.th/th/history>.
6. คณะทำงานจัดทำหนังสือเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จังหวัดราชบุรี. พระมหากษัตริย์คุณต่อจังหวัดราชบุรี. กรุงเทพฯ : บางกอกอินแฮส.[ออนไลน์] 2553. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563] เข้าถึงได้จาก: http://rb-book.blogspot.com/2011/09/blog-post_2237.html.
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง พระราชทานชื่อวิทยาลัยพยาบาล และพระราชทานพระราชนุญาตให้อัญเชิญพระนามาภิไธยเป็นชื่อวิทยาลัยการสาธารณสุข. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 111 ตอนพิเศษ 36 ง. (2537, 1 กันยายน).หน้า 8-12.
8. หนังสือสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ.0216/14/1056ลว. 25 กุมภาพันธ์ 2540 เรื่องขออนุมัติเช่าที่ดิน.(หนังสือราชการ).
9. หนังสือสำนักราชเลขาธิการ พระบรมมหาราชวัง ลว.22 พฤษภาคม 2541 เรื่องทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานชื่ออาคาร. (หนังสือราชการ).
10. หนังสือสำนักราชเลขาธิการ พระบรมมหาราชวัง ลว. 29 มกราคม 2543 เรื่องอนุญาตให้ใช้ตราสัญลักษณ์งานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542. (หนังสือราชการ).
11. โครงการความร่วมมือการใช้อาคารหอพักนักศึกษาร่วมกันระหว่าง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช และโรงพยาบาลบ้านโป่ง. 2540 เอกสารโครงการ (เอกสารอัดสำเนา)
12. หนังสือสำนักเลขานุการสมเด็จพระสังฆราช วัดราชบพิธสถิตมหาสีมาราม. ที่ สสร.360/2561. ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2561 เรื่องขอประทานนามอาคารเรียนและหอพักนักศึกษา. (หนังสือราชการ).
13. พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2562. ราชกิจจานุเบกษา.เล่มที่ 136 ตอนที่ 43 ก. (2562, 5 เมษายน). หน้า 40 – 65.
14. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช.สถาบันพระบรมราชชนก. เอกสารทะเบียนประวัติศิษย์เก่า
15. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช.โครงการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ 2540 เอกสารการขอเปิดหลักสูตร. 2540. (เอกสารอัดสำเนา).

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

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

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

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

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

4. การอ้างอิงและบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนด การตั้งค่าหน้ากระดาษดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านล่าง 1 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านขวา 1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ

คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

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

ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)

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

บทคัดย่อ

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

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

รายละเอียดบทความ

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

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, สมมติฐาน (ถ้ามี), ขอบเขตของการวิจัย (ถ้ามี), กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, สรุปอภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามีในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

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

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

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

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

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกฉบับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

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

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

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

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

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

แบบฟอร์มขอส่งต้นฉบับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)

ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....

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

3. สิ่งที่ส่งมาด้วย

ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)

()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

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

ที่อยู่ที่ต้องการให้ส่งวารสาร

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารประเภท () สมาชิก 1 ปี ราคา 300 บาท

() สมาชิก 2 ปี ราคา 500 บาท

โปรดระบุฉบับที่ต้องการเริ่มต้นรับ.....

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

พร้อมได้ส่ง () ธนาณัติ ส่งจ่ายในนาม ฝ่ายจัดการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

()

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

.....

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครที่

ฝ่ายจัดการวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

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

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการส่งวารสาร หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล โปรดแจ้งให้ฝ่ายจัดการ
วารสารทราบด้วย