



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiangrai Provincial Public Health Office

วารสาร

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

Journal of Chiangrai Provincial Health Office



ปีที่ 1 ฉบับที่ 3/2567 (กันยายน - ธันวาคม 2567)

Volume 1 Issue 3 September – December 2024

ISSN 3056-9206



วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

ชื่อหนังสือ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ISSN 3056-9206 (Online)
พิมพ์ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2567

>>วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย: JOURNAL OF CHIANG RAI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3/2567 (กันยายน - ธันวาคม 2567)



ความเป็นมา

วารสารสำนักงานสาธารณสุขเชียงราย เริ่มก่อตั้งขึ้น ในปี 2567 โดยมี นพ.วัชรพงษ์ คำหล้า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เป็นผู้ดำริมอบหมายให้กลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร วางแนวทางการพัฒนาและเผยแพร่ผลงานวิชาการของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (Journal of Chiang Rai Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) และการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study Research) ตลอดจนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาล พึ่งพาสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีกำหนดตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ออกสู่สาธารณะ

วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงาน วิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
3. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัยของสำนักวิชาการ สาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับ
4. เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

กำหนดการตีพิมพ์

วารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก

ฉบับที่ 1 มกราคม –เมษายน (Volume 1: January - April)

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม –สิงหาคม (Volume 2: May - August)

ฉบับที่ 3 กันยายน –ธันวาคม (Volume 3: September - December)

>>วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย: JOURNAL OF CHIANG RAI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3/2567 (กันยายน - ธันวาคม 2567)

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บรรณาธิการ

นายแพทย์วัชรพงษ์ คำหล้า

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

รองบรรณาธิการ

ดร.อนุพงษ์

พูลพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ดร.สำราญ

เชื้อเมืองพาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กองบรรณาธิการภายใน “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

นายแพทย์คงศักดิ์ ชัยชนะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

นายณรงค์ ลือชา

รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
(ด้านบริการทางวิชาการ)

นายสยามราชย์ พุเจริญกุลยา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

นายอนุรักษ์ ศรีใจ

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

นางรัตนา รัชตพิสิฐกร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เภสัชกรเกียรติชัย สุภามณี

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

นายหลุยส์ เหมืองหม้อ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ทันตแพทย์หญิงรุจิรา แสนดี

ทันตแพทย์ชำนาญการ

นายกฤษดา ปาสาลี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บรรณาธิการภายนอก “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

นางขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นางสาวณีย์ เปลี่ยนพานิช

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์ภูงศค์ ชื่นชม

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

รศ.ดร.ณรงค์ สังวาระนที

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผศ.ดร.ภัทรพล มากมี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ

ดร.ภมรศรี อินทร์ชน

ดร.พิลาสินี วงษ์นุช

ผศ.ดร.กาญจนา ปินตาคำ

ผศ.ดร. พชรินทร์ วินยางค์กุล

ผศ.ดร.พินัญญิณี จิตคำ

ผศ.ดร.พชรินทร์ เงินทอง

นายอภิชาติ ใจใหม่

นางสาวดุขฎิ ก้อนอาทร

นายแพทย์ธวัชชัย ใจคำวัง

ดร.นายแพทย์ศิริศักดิ์ นันทะ

ทันตแพทย์ฉลองชัย สกลวสันต์

แพทย์หญิงเยาวลักษณ์ จรรย์พงศ์ไพบูลย์

นางสินีนานู ตามวงศ์

นายสันติ พุฒิพิริยะ

นายเอกลักษณ์ เตจ๊ะ

นายพิทักษ์ เคหา

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

รองผู้อำนวยการฝ่ายผลิตบุคลากรทางการแพทย์

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่ลาว

นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลแม่สรวย

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลแม่จัน

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นางสาวจิราภรณ์ แสงสุวรรณ

นางสาวจันทร์จิรา อยู่เกียรติกุล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้ช่วยเลขานุการกองบรรณาธิการ

นายสุธรรม คำะรัตน์

นายกรรณ ธนะวงศ์

นักทรัพยากรบุคคล

นักทรัพยากรบุคคล

นางสาวนริศรัตน์ เอลานี คริสติน

นักทรัพยากรบุคคล

ฐานข้อมูลและสารสนเทศ

นายสาธิต มุนินทร์

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

ประเภทของบทความ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (Journal of Chiang Rai Provincial Health Office) รับผิดชอบบทความ 4 ประเภท (section) ดังนี้

1. บทความวิจัย (Original Article) หมายถึง บทความที่เขียนจาก รายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัย ของงานวิจัยนั้นๆ ให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความ ตามโครงสร้างองค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 12 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบาย วิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 12 หน้ากระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) หมายถึง บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆงานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ หรือผลงานวิชาการอื่นๆจนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

4. การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study Research) หมายถึง ระเบียบวิธีวิจัยรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับกรณีหรือระบบใดๆที่มีขอบเขตเฉพาะเจาะจง ณ ช่วงเวลานั้นๆ เน้นทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างละเอียดเจาะลึก (In-depth Study) และเป็นองค์รวม โดยนักวิจัยจะต้องเข้าไปศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในสภาพแวดล้อมจริงมิได้มีการควบคุมตัวแปรใดๆ และนำความรู้ความเข้าใจที่ได้มาวิเคราะห์และตีความหมาย เพื่อให้ได้คำตอบครอบคลุมสถานการณ์ที่เป็นอยู่ อันนำไปสู่การค้นหานโยบายพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่อไป

ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวธรรมดาจัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง
- สังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัย ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

- เป็นข้อความที่กล่าวถึงผลงานและแสดงความขอบคุณบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือให้ความช่วยเหลือต่างๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิกแทนลำดับเอกสารที่อ้างอิงโดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviors among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-23.

กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013; 24: 13-17.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Internet]. 2012 [Cited 2019 June 10]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

สารจากบรรณาธิการ

ในโอกาสที่วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เดินทางมาถึงฉบับที่ 3 ของปีที่ 1 และเป็นช่วงเวลาแห่งการเริ่มต้นปีใหม่ พุทธศักราช 2568 กระผมขอส่งความปรารถนาดีมายังทุกท่าน พร้อมทั้งขออวยพรให้ปีใหม่นี้เป็นปีแห่งความสุข ความสำเร็จ และมีสุขภาพที่ดีครับ

วารสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอผลงานวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพในจังหวัดเชียงราย โดยมุ่งเน้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างแรงบันดาลใจให้แก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้สนใจในด้านสุขภาพ ในฉบับนี้ ผู้อ่านจะได้พบกับบทความที่หลากหลาย เช่น การพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ช่วยพัฒนาสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การลดปวดด้วยการประคบเย็นในผู้คลอดครรภ์แรก และการวิเคราะห์ผลกระทบของการบริโภคอาหารแปรรูปต่อสุขภาพ บทความเหล่านี้ไม่เพียงแสดงถึงความพยายามของนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่ยังมุ่งสร้างองค์ความรู้และแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ยั่งยืนในอนาคต

สุดท้ายนี้ กระผมขอขอบคุณผู้เขียนบทความและทีมงานทุกท่านที่ร่วมกันสร้างสรรค์วารสารเล่มนี้ขึ้น และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความสนใจและข้อเสนอแนะจากผู้อ่านทุกท่านเพื่อนำไปพัฒนาวารสารของเราให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

นายแพทย์วัชรพงษ์ คำหล้า

บรรณาธิการ “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

30 ธันวาคม 2567

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLES)

- ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อระดับโรงพยาบาลกับผลการรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย 1
โดย พัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง, ภัทริยา นภาลัย
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย 11
โดย ธณิกานต์ ฉายอรุณ, พชรินทร์ เยาว์ธานี
- ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแล
ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย 24
โดย นภานุช บุญสิริมงคล
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย 37
โดย จีราภรณ์ จอมก้าน, ณัฐธยาน์ วังขา, สนิทนาฏ หงษ์ระนัย
- ผลของการประคบเย็นต่อการลดปวดและระยะเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครรภ์แรก
โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย 53
โดย ศุภมาส เชื้อเมืองพาน

บทความปริทัศน์ (LITERATURE REVIEW ARTICLES)

- ผลกระทบของการบริโภคอาหารแปรรูปขึ้นสูงต่อสุขภาพ: การทบทวนวรรณกรรม 66
โดย อนุรักษ ศรีใจ

ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อระดับโรงพยาบาลกับผลการรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย

พัทธนันท์ ศรีอ่อนทอง*, ภัทริยา นภาลัย**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจำนวน 18 แห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย วิธีการศึกษาโดยใช้การประเมินคุณภาพผ่านระบบ NCD Clinic Plus Online ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2567 ประเมินองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ทิศทางและนโยบาย (2) ระบบสารสนเทศ (3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ (4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (6) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน และส่วนของผลการรักษา ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์เป้าหมาย และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์เป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติอ้างอิงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีร้อยละ 67.41 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 45.75 ปัจจัยด้านระบบสนับสนุนการเชื่อมโยงชุมชนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ทั้งนี้ควรขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพโดยบูรณาการกับคณะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ จัดกิจกรรมเรียนรู้และติดตามผล เพื่อเสริมความเข้มแข็งในการจัดการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: คลินิกโรคไม่ติดต่อ, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งม่าน องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Phatthanun Sri-onthong E-mail: phatthanun_mork@hotmail.com

Received: 16 September 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 19 December 2024

The effectiveness of Non-Communicable Diseases (NCDs) clinics at hospitals' quality development with the treatment results among diabetes mellitus and hypertension patients, Chiang Rai province

The effectiveness of Non-Communicable Diseases (NCDs) clinics at hospitals' quality development with the treatment results among diabetes mellitus and hypertension patients, Chiang Rai province

Phatthanun Sri-onthong*, Pattareeya Napalai**

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to examine the relationship between quality development components in non-communicable disease (NCDs) clinics and treatment outcomes for diabetes and hypertension patients. Data were collected from 18 hospitals in Chiang Rai Provincial Public Health Office.

The methodology for quality certification was evaluated using the NCD Clinic Plus Online system from June to September 2024. This evaluation focused on six quality development components: (1) direction and policy, (2) information systems, (3) service system and process adjustments, (4) self-management support systems, (5) decision support systems, and (6) community service linkage. Treatment outcomes were assessed based on the percentage of diabetic patients achieving target blood glucose levels and hypertensive patients meeting target blood pressure levels. Data analysis utilized descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients analysis.

The study found that hospitals with good blood pressure control had 67.41%, while hospitals with good blood sugar control had 45.75%. Factors related to community linkage support systems were significantly associated with blood pressure control in patients with hypertension and blood sugar control in patients with diabetes (p -value < 0.05). It is recommended that public health policies be advanced by integrating efforts with local quality-of-life development teams, organizing learning activities, and implementing follow-up measures to strengthen the management of diabetes and hypertension.

Keywords: NCDs clinics, Diabetes Mellitus patients, Hypertension patients

*Chiang Rai Provincial Health Office

**Ban Tung Man Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Rai Provincial Administrative Organization

Corresponding Author: Phatthanun Sri-onthong E-mail: phatthanun_mork@hotmail.com

Received: 16 September 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 19 December 2024

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทยและของโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้น ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทย จากฐานข้อมูลระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 - 2566 พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียน จำนวน 3 ล้านคน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 2.2 ล้านคน ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 6 ล้านคน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้จำนวน 3.5 ล้านคน¹ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ชอบทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็มเป็นประจำ การมีภาวะเครียด และมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูงนำไปสู่การเกิดโรคได้ หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้ง

ประเทศชาติ การมีระบบการดูแลจัดการโรคเรื้อรังที่ดี จะช่วยให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยประหยัดต้นทุนในระยะยาว สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 พบว่า ร้อยละ 2.02, 2.24 และ 2.00 ตามลำดับ และอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.92, 1.86 และ 1.83 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง จากผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองมีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 27.82, 31.27 และ 27.82 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 52.56, 51.21 และ 54.47 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด² จากการศึกษาแบบการดูแลโรคเรื้อรัง พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการนำแนวคิดการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้แบบการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner (Wagner's Chronic Care Model: CCM) ไปปรับใช้ เพื่อให้มีการบูรณาการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่อง ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการทุกระดับชุมชน และท้องถิ่น ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบายของระบบสุขภาพ ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ทั้งนี้

ในหลายๆ ประเทศ ได้มีการปรับองค์ประกอบให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปใช้ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษ และเยอรมัน³ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ได้ให้ความสำคัญในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus อย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักการของ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุขเชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการให้มีความสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขนำไปใช้กำหนดเป้าหมายและพัฒนากิจการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข⁴ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่จำเป็นในการดูแลและจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้ดำเนินการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เพื่อพัฒนาการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูล

พื้นฐานในการศึกษา และพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

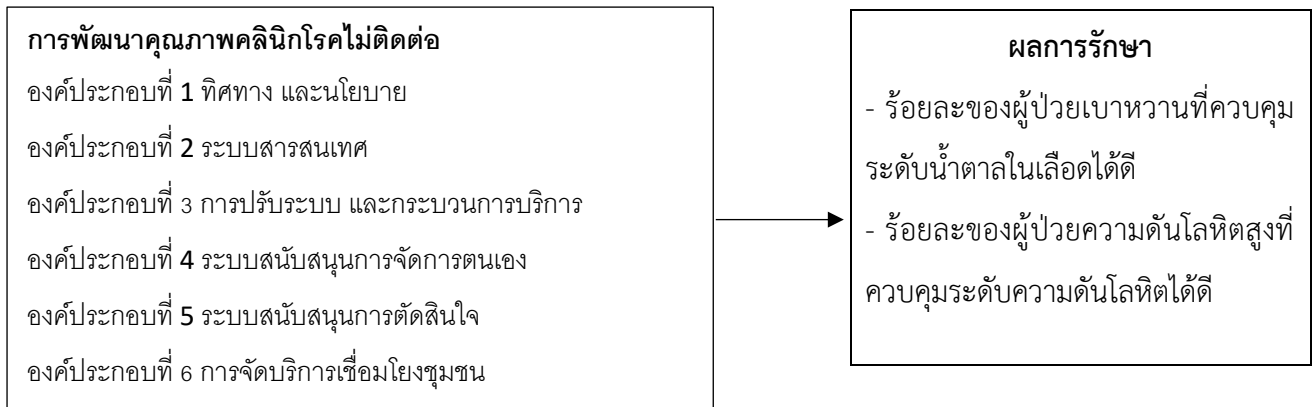
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (CCM) ของ Wagner ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน ผู้ให้บริการและผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) สำนวณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินคุณภาพ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือคลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายทั้งหมดจำนวน 18 แห่ง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากต้องการศึกษาข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมจากประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A, S, M1) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลแม่สาย
2. โรงพยาบาลขนาดกลาง (ระดับ M2, F1) จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลแม่จัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ โรงพยาบาลเทิง และโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
3. โรงพยาบาลขนาดเล็ก (ระดับ F2, F3) จำนวน 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขุนตาล โรงพยาบาลป่าแดด โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร โรงพยาบาลเชียงแสน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง โรงพยาบาลเวียงแก่น โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่ลาว โรงพยาบาลแม่สรวย และโรงพยาบาลดอยหลวง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

โรงพยาบาลที่ตอบแบบประเมิน NCD Clinic Plus ในระบบ NCD Clinic Plus Online ครบถ้วน ในช่วงระยะเวลา 1 มิถุนายน – 20 กรกฎาคม 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

โรงพยาบาลที่ตอบแบบประเมิน NCD Clinic Plus ไม่ครบถ้วน หรือไม่ตอบแบบประเมิน NCD Clinic Plus ในระบบ NCD Clinic Plus Online ในช่วงระยะเวลา 1 มิถุนายน - 20 กรกฎาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (NCD Clinic Plus Online) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus มี 6 องค์ประกอบ 25 ประเด็น โดยให้คะแนน ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย มี 5 ประเด็น ประเด็นละ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ มี 3 ประเด็น ประเด็นละ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ มี 5 ประเด็น ประเด็น

ละ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 55 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง มี 4 ประเด็น ประเด็นละ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มี 3 ประเด็น ประเด็นละ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน องค์ประกอบที่ 6 การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน มี 5 ประเด็น ประเด็นละ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ส่วนที่ 2 การประเมินผลการรักษา (freeze ข้อมูล HDC ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2567)

วิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลการประเมินคุณภาพในระบบ NCD clinic plus Online ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 18 แห่ง จากระบบ NCD Clinic Plus Online พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้แจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient) หาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการพัฒนาคุณภาพกับผลการรักษา ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 66/2567 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

การประเมินการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 18 แห่ง พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย มีคะแนนเฉลี่ย 22.33 คะแนน โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้คะแนนมากกว่า 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 88.88 มีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 17 คะแนน องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ย 37.44 คะแนน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้คะแนน 40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 66.66 มีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 27 คะแนน องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 49.44 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้คะแนนอยู่ในช่วง 40 - 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 88.88 มีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 36 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 41.00 คะแนน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้คะแนนน้อยกว่า 40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 61.11 องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีคะแนนเฉลี่ย 26.28 มีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 18 คะแนน และองค์ประกอบที่ 6 การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้คะแนนน้อยกว่า 40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 61.11 ด้านผลการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย พบว่า มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 45.75 และอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเฉลี่ยร้อยละ 67.41 ทั้งนี้มีโรงพยาบาลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40) จำนวน 4 แห่ง และมีโรงพยาบาลที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60) จำนวน 12 แห่ง ดังตารางที่

ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อและผลการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย

โรงพยาบาล	องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย	องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ	องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ	องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
1	24	40	55	46	30	48	3,148	4,538	34.51	32,370	15,360	47.45
2	22	40	39	41	25	28	3,711	1,763	47.51	8,771	5,043	57.5
3	23	40	55	50	25	48	4,873	1,344	27.58	12,184	7,816	64.15
4	23	40	55	42	27	50	4,747	1,615	34.02	12,790	7,809	61.06
5	22	37	45	38	18	36	8,943	1,680	18.79	21,464	11,217	52.26
6	22	34	50	40	27	40	1,804	917	50.83	4,838	3,625	74.93
7	23	40	53	38	30	50	7,099	2,222	31.3	16,791	10,094	60.12
8	17	24	36	36	22	28	3,533	862	24.4	7,966	4,649	58.36
9	22	35	49	42	29	42	4,570	1,665	36.43	11,559	6,991	60.48
10	19	27	43	37	24	28	3,570	1,275	35.71	10,287	6,116	59.45
11	25	40	55	50	28	46	4,246	1,574	37.07	10,353	7,791	75.25
12	22	40	47	38	29	38	2,602	920	35.36	6,877	4,175	60.71
13	24	37	51	38	26	38	1,244	354	28.46	3,121	2,249	72.06
14	20	40	51	38	24	32	2,455	1,007	41.02	5,945	4,248	71.46
15	23	40	51	39	28	34	1,328	415	31.25	4,361	2,953	67.71
16	22	40	55	48	30	36	2,454	1,071	43.64	5,808	4,054	69.8
17	24	40	47	38	23	30	1,910	633	33.14	4,790	3,408	71.15
18	25	40	53	39	28	34	1,281	267	20.84	2,933	1,717	58.54
$\bar{x}$	22.33	37.44	49.44	41.00	26.28	38.11			45.75			67.41
SD	2.03	4.77	5.69	4.49	3.23	7.71			4.31			5.82

หมายเหตุ : ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ผ่านเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับระดับความดันโลหิตได้ดี (ผ่านเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60)

ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย พบว่าการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการพัฒนาคุณภาพกับผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย

องค์ประกอบการพัฒนาคุณภาพ	ผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง			
	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (n=24,122)		ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (n=109,315)	
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ทิศทางและนโยบาย	0.120	0.636	0.105	0.679
2. ระบบสารสนเทศ	0.145	0.565	0.100	0.694
3. การปรับระบบ และกระบวนการบริการ	0.196	0.436	0.208	0.408
4. ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	0.375	0.125	0.350	0.155
5. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	0.245	0.327	0.028	0.913
6. การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	0.514	0.029*	0.591	0.010**

*Significant at p-value <0.05

**Significant at p-value <0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมระดับความดันโลหิตของคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาล จังหวัดเชียงราย ทั้ง 18 แห่ง พบว่าโรงพยาบาลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ ร้อยละ 22.22 และมีโรงพยาบาลที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ ร้อยละ 66.66 อาจเนื่องมาจากปัญหาเชิงระบบเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง การตรวจ Yearly check up ของผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงกำหนดนัด และความครอบคลุมของการตรวจ HbA1c ค่อนข้างน้อย จากงบประมาณที่ไม่เพียงพอจึงทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ผ่านเกณฑ์ สอดคล้อง

กับการศึกษาของเกรียงกมล เหมือนกรุด⁶ พบว่าภาพรวมผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองอยู่ในเกณฑ์ระดับดี โดยมีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด แต่ผลการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 62.99 และจากการศึกษาผลการประเมิน NCD Clinic Plus ระหว่างปี 2560 – 2562 ในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยรวมผ่านเกณฑ์ แต่ผลลัพธ์การให้บริการยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี⁷ สำหรับการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อกับผลการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบว่า องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

และการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสามารถสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) สอดคล้องกับการศึกษาของจูรีพร คงประเสริฐ⁸ พบว่า การจัดการเชื่อมโยงชุมชนมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า องค์ประกอบที่ 1 – 5 ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากทุกองค์ประกอบยังไม่สนับสนุนเพียงพอต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี⁹ พบว่า ด้านกระบวนการไม่สัมพันธ์กับด้านผลลัพธ์บริการ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวุฒิสักดิ์ รักเดช¹⁰ พบว่า องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ดี และการศึกษาของสุมนี วัชรสินธุ์¹¹ พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อสนับสนุนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ เชื่อมโยงเครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัด ที่นำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อไม่เพียงพอ ขาด

การบูรณาการร่วมกับท้องถิ่น (อปท.) หรือแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้เกิดการจัดกาตนเอง ทั้งด้านอาหาร โภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย ยังไม่เพียงพอ หากมีสื่อหรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอาจทำให้มีผลการรักษาที่ดีขึ้น ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวยืนยันได้ว่าการจัดการเชื่อมโยงชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ดังนั้นควรสร้างภาวะผู้นำร่วมและพัฒนาวัฒนธรรมที่เหมาะสมกับระบบการจัดการเชื่อมโยงชุมชนในโรงพยาบาล เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติการให้ดียิ่งขึ้นต่อ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วัชรพงษ์ คำหล้า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้ทรงคุณวุฒิสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่ปรึกษาผู้ประสานงานผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาล ผู้ร่วมวิจัยที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยบูรณาการกับคณะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
- 2.ควรมีการจัดกิจกรรมเรียนรู้และติดตามผล เพื่อเสริมความเข้มแข็งในการจัดการโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปีของกองโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ. กุลพินน เจริญดี, ญัฐกฤตา บริบูรณ์, อรรถกร บุตรชุมแสง, สุพิน รุ่งเรือง, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
2. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://crihdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, เนติมา คูณีย์, รัชนิบูลย์ อุดมชัยรัตน์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, สุริพร คนละเอียด, ศุภลักษณ์ มิรัตน์ไพร, และคณะ. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เนติมา คูณีย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ต ควอลิตี้ จำกัด; 2557.
4. กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://ncddclinicplus.ddc.moph.go.th/pages/public/files/view.php?id=1707446608>
5. แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://ncddclinicplus.ddc.moph.go.th/pages/public/signin/signin.php>
6. เกรียงกมล เหมือนกรุด, ศิริพัทธ์ มัชวาล, ปาจารย์ อุดมสุข, วศินี โตสำราญ. ความสำเร็จในการแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- สู่การปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3: กรณีศึกษา NCD Clinic Plus ปี พ.ศ.2564. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2564;6(2):85-100.
7. นพพร ศรีผัด, นัฐพนธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง, เกษณี คำจันทร์, อำนาจ เมืองแก้ว. การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 1 ปี 2560-2562. เชียงรายเวชสาร. 2563;12(3):115-129.
8. จุริพร คงประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):S50-S61.
9. กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. ญัฐวิวัฒน์ พันธุ์มุง, หทัยชนก ไชยวรรณ, ฐาปณี ชูเชิด, สุภาพร พรหมจีน, พนิดา เจริญกรู้ง, บรรณาธิการ. ถอดบทเรียนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาล Best Practice. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2563.
10. วุฒิศักดิ์ รักเดช, ขวัญใจ จิตรภักดี, กมลวรรณ คุ่มวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาศูนย์ NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(5):880-893.
11. สมณี วัชรสินธุ์. การทดสอบรูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus เพื่อสนับสนุนการป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(4):655-662.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ธณิกานต์ ฉายอรุณ*, พัทรินทร์ เยาว์ธานี*

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลให้สมรรถภาพปอดลดลง การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง วัดดูประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คนโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกสมรรถภาพปอด แบบวัดความรุนแรงของอาการเหนื่อย และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อยลดลง ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกาย ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อยและคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาทีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยพัฒนาสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ จึงควรมีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, สมรรถภาพปอด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Thanikan Chairoon E-mail: thanikan.chairoon1234@gmail.com

Received: 29 October 2024 Revised: 28 December 2024 Accepted: 28 December 2024

The Effect of self-management program on pulmonary function in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Wiang Kaen Hospital, Chiang Rai Province

Thanikan Chairoon*, Patcharin Yaotanee*

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a condition that leads to decreased pulmonary function in affected patients. This study employed a quasi-experimental design with two groups and pre- and post-intervention measurements. The objective was to examine the effects of a self-management program on pulmonary function in patients with COPD.

Data was collected at Wiang Kaen Hospital, Chiang Rai Province, from January to March 2024. The sample consisted of 70 patients diagnosed with COPD, divided into an experimental group (35 patients) and a control group (35 patients) using simple random sampling. The control group received standard care, while the experimental group participated in an eight-week self-management program. Data collection utilized a pulmonary function record form, a modified Medical Research Council dyspnea score, and a COPD self-management behavior scale. The self-management behavior scale had a content validity index (CVI) of 0.9 and Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.83. The results showed that after participating in the self-management program, the experimental group experienced a significant reduction in perceived exertion and significant improvements in walking distance, forced expiratory volume in 1 second (FEV1), and self-management behavior scores compared to pre-intervention values ($p < 0.01$). Additionally, when comparing the experimental group to the control group post-intervention, the experimental group demonstrated significantly better perceived exertion scores and self-management behavior scores ($p < 0.01$), as well as improved walking distance ($p < 0.05$). However, no statistically significant difference in FEV1 was found between the two groups. These findings suggest that the self-management program effectively enhances pulmonary function and self-management behaviors among COPD patients. Therefore, it is recommended that this program be continuously implemented in patient care.

Keywords: Self-management program, Pulmonary function, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

*Wiang Kaen Hospital, Chiang Rai Province

Corresponding Author: Thanikan Chairoon E-mail: thanikan.chairoon1234@gmail.com

Received: 29 October 2024 Revised: 28 December 2024 Accepted: 28 December 2024

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก¹ สำหรับประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสถิติของผู้ป่วยกลุ่มเพิ่มขึ้นจากสถิติสาธารณสุข กองนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่จากปี พ.ศ.2563-2564 มีอัตราจำนวนรายใหม่/แสนประชากร 269.76, 276.54, 277.13 ตามลำดับ และมีอัตราตาย 9.49, 9.11 และ 9.81² สถิติโรงพยาบาลเวียงแก่นช่วงปี 2564 ถึงปี 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 164, 151 และ 191 รายตามลำดับ และพบว่ามียอัตรการกลับมารักษซ้ำสูงร้อยละ 25.95, 24.85 และ 31ตามลำดับ³ สาเหตุสำคัญของโรคเป็นผลมาจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด ที่เกิดจากการได้รับฝุ่น ก๊าซพิษ โดยเฉพาะควันบุหรี่ ทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ⁴

เมื่อเกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ทำให้การระบายอากาศของถุงลมลดน้อยลง มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ และเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจเพิ่มขึ้น และเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เมื่อเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจะส่งผลให้

เกิดความดันเลือดในปอดสูง เมื่อความดันเลือดในปอดสูงเป็นเวลานาน ๆ ทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้นเรื้อรัง จนเป็นผลให้หัวใจห้องขวาทำงานล้มเหลว (Cor pulmonale) และการอุดกั้นของหลอดลมที่รุนแรง ส่งผลให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดปอดเพิ่มขึ้น ทำให้อิลาสตินและคอลลาเจนถูกทำลายไป ปอดเสียความยืดหยุ่น (Elastic recoil) ปอดมีการขยายตัวมีการโป่งพองอย่างถาวร^{5,6} การที่หลอดลมเกิดการตีบแคบ ขณะหายใจออกผ่านแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดลม จึงต้องหายใจออกด้วยแรงดันที่สูงขึ้น ทำให้เกิดแรงในทรวงอกกดหลอดลมให้ตีบแคบหรือปิดเร็วกว่าปกติ ส่งผลให้มีการลดลงของปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจออกได้เร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV1) ปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity) ลดลง ทำให้ค่า FEV1/FVC ลดลง และส่งผลให้มีอากาศค้างในปอด ขณะหายใจออกเพิ่มมากขึ้น คือ ปริมาตรอากาศคงค้าง (Residual volume, RV) สูงกว่าปกติ⁷

เมื่อสมรรถภาพปอดลดลง จะส่งผลให้มีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ทำให้มีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบง่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น เกิดการพึ่งพา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึมเศร้า ท้อแท้ และเมื่ออาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

จากการสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล^{8,9} ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป้าหมาย คือ การป้องกันหรือชะลอการดำเนินของโรค การบรรเทาอาการเหนื่อยหอบเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาการกำเริบ และลดอัตราตายโดยการรักษามี 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ทั้งในเรื่องการจัดการอาการเหนื่อยหอบ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเหมาะสม⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอาการกำเริบ จะช่วยให้ชะลอการดำเนินการของโรคได้¹⁰⁻¹² และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการกลับมารักษาซ้ำ พบว่ามีการใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธีและไม่มีประสิทธิภาพ มีการออกกำลังกายบริหารปอดและบริหารการหายใจไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีทักษะและพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดีทั้งในด้านการใช้ยา การเลิกสูบบุหรี่ การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหาร การป้องกัน และการจัดการอาการหอบกำเริบ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ ที่ได้กล่าวไว้ว่า

การจัดการตนเองเป็นการกระทำส่วนบุคคลเพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถของบุคคลในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัตร ซึ่งการจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี

ขั้นตอนในการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer¹³ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเลือกเป้าหมาย (goal selecting) บุคคลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายร่วมกันช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) การรวบรวมข้อมูล (information collection) เป็นการติดตามตนเอง เพื่อให้การจัดการตนเองสำเร็จตามเป้าหมาย 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อนำสู่การตัดสินใจ 4) การตัดสินใจ (decision making) เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจในการเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรค 5) การลงมือปฏิบัติ (action) เป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 6) การประเมินผลตนเอง (self-reaction) คือ การประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง ที่ผ่านมามีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ เช่น จากการศึกษาของอุมารณ์ สอนปัญญา และคณะ¹² และการศึกษาของธาดา วินทะไชย และคณะ¹⁴ โดยใช้

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ พบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น

โรงพยาบาลเวียงแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพมาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีอาการเหนื่อยหอบกำเริบบ่อยครั้งและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการจัดการกับอาการเหนื่อย ขาดทักษะและความรู้เกี่ยวกับการพ่นยา รวมถึงยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายไม่เหมาะสม แม้ผู้ป่วยจะได้รับการสอน ให้ความรู้คำแนะนำมาแล้วแต่ยังขาดทักษะในการปฏิบัติการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเวียงแก่น โดยการให้ความรู้ สอนและฝึกทักษะการจัดการตนเอง มีการติดตาม กระตุ้นเตือน ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี จะส่งผลให้

สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที และปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาทีของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที และปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที และปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาทีของกลุ่มทดลอง ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที และ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน
1 วินาทีของกลุ่มทดลอง ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีความสามารถในการจัดการตนเอง ส่งผลให้มีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินผลตนเอง ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

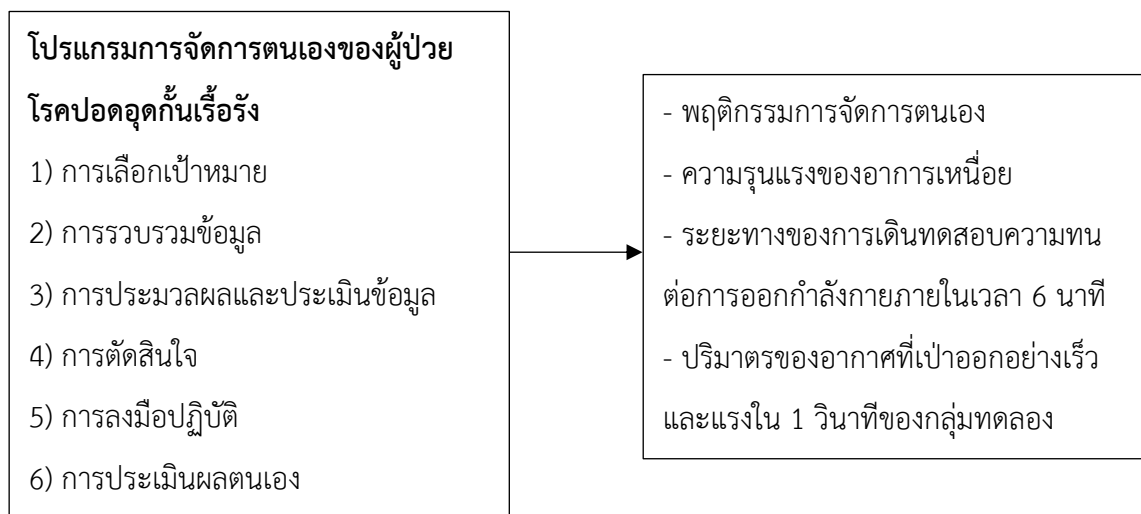
รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแก่น

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G-power เวอร์ชัน 3.1 กำหนดขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่คล้ายคลึงก่อนหน้านี้ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.67¹⁴ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มละ 29 ราย ทั้งนี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบข้อคำถาม และการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงเป็นกลุ่มละ 35 ราย รวมทั้งสิ้น 70 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่วินิจฉัยโดยแพทย์ 2) สามารถฟังและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยการจับฉลาก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และเภสัชกรผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา และได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระยะเวลาที่หยุดสูบบุหรี่

2.2 แบบบันทึกสมรรถภาพปอด มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติมค่า ประกอบด้วย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที และปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที

2.3 แบบวัดความรุนแรงของอาการเหนื่อย (modified Medical Research Council dyspnea score) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมใน

ชีวิตประจำวัน มีลักษณะเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-4 (คะแนน 0 หมายถึง รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น และ คะแนน 4 หมายถึง หายใจหอบมากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)

2.4 เครื่องมือวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด (Pulmonary Function Tests) โดยใช้การตรวจสไปโรเมตรี (Spirometry) เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที

2.5 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การใช้ยา การรับประทานอาหาร การป้องกันและจัดการอาการกำเริบ การฝึกลมหายใจและการออกกำลังกาย โดยมีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และเภสัชกรผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.9 แบบวัดความรุนแรงของอาการเหนื่อยผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแก่น จากนั้นนำมาตรวจสอบวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที และปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาทีของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที และปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรง ใน 1 วินาทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent T-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 227/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.14 และ 60.00 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกันอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 51.43 และ 42.86 ตามลำดับ และมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.86 และ 48.57 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.57 และ 65.71 ตามลำดับ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 และ 65.71 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 31.14 และ 51.43 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในช่วง 4,001-6,000 บาท ร้อยละ 48.57 และ 65.71 ตามลำดับ มากกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 48.57 และ 34.29 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี เป็นส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 54.29 และ 68.57 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.43 และ 11.43 ตามลำดับ ปัจจุบันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 65.71 และ 88.57 ตามลำดับ โดยข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที และคะแนน

พฤติกรรมจัดการตนเอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรุนแรงของอาการเหนื่อย	2.57	0.50	0.97	0.56	17.115	34	<0.001**
ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที	177.00	25.47	189.42	24.51	-5.851	34	<0.001**
ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที	58.91	18.72	71.00	19.43	-5.923	34	<0.001**
คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง	61.60	1.24	97.68	1.79	-96.402	34	<0.001**

ออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที และคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n=35)

*Significant at p-value <0.05

**Significant at p-value <0.01

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อยและคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากที่ถูกกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับค่าเฉลี่ยระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความ

แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า การให้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย ค่าเฉลี่ยระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที ค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมี

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย และ
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดีขึ้นกว่า
กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายใน เวลา 6 นาที ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	95% CI		p-value
	(n=35)		(n=35)				Lower	Upper	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.					
ความรุนแรงของอาการเหนื่อย	0.97	0.56	1.74	0.65	-5.254	68	-1.064	-0.478	<0.001**
ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายใน เวลา 6 นาที	189.42	24.51	177.42	18.16	2.519	68	2.493	21.506	0.014*
ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที	71.00	19.43	69.20	9.90	0.488	68	-5.558	9.158	0.627
คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	97.68	1.79	63.77	2.71	61.685	68	32.817	35.011	<0.001**

*Significant at p-value <0.05

**Significant at p-value <0.01

และค่าเฉลี่ยระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายใน เวลา 6 นาทีดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าอาจเกิดขึ้นจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นของแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ โดยผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองและตรวจสอบสมรรถภาพปอดผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ยังไม่ถูกต้องและสมรรถภาพปอดที่ลดลงส่งผลให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง หลังจากนั้นผู้ป่วยและผู้วิจัยกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากนั้นได้มีการแจกคู่มือ

การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและประเมินผลการปฏิบัตินั้นได้ด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านตนเอง (self-reaction) และนอกจากนั้นได้มีการสอนและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนทักษะในการจัดการตนเองพุดคุยปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเอง หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติที่บ้านสามารถสอบถามทางโทรศัพท์ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น¹² สอดคล้องกับการศึกษาของธาดา วินทะไชย และคณะ¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น และใกล้เคียงกันกับการศึกษาของกมลทิพย์ ช้างทอง และคณะ¹⁵ พบว่าการให้ความรู้โดยการบรรยายสื่อโปสเตอร์ การฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลสุขภาพปอด ร่วมกับการติดตามผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพปอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการฝึกบริหารการหายใจและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจแข็งแรง ทรวงอกยืดขยายได้ดี ปอดมีการขยายตัวดีขึ้นปริมาตรของอากาศขณะหายใจเข้าและออกเพิ่มขึ้น และช่วยขับอากาศที่ค้างอยู่ในปอดออกได้มากที่สุด ลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ เพิ่มออกซิเจนในเลือด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการเหนื่อยลดลง¹⁶ และการที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถใช้อาพ่นขยายหลอดลมได้ถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณยาที่เหมาะสม กล้ามเนื้อหลอดลมคลายตัว ช่วยทำให้พยาธิการตีบแคบของหลอดลมลดลง ทำให้มีอากาศผ่านเข้าไปในปอดได้มากขึ้น¹⁷ แต่อย่างไรก็ตามภายหลังจากศึกษาค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาทีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจาก

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ท่อทางเดินหายใจตีบแคบหรือมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจและความยืดหยุ่นของถุงลมปอดลดลงและขยายตัวได้ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาภรณ์ และคณะ¹² พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรุนแรงของอาการเหนื่อย ระยะทางของการเดินทดสอบความทนต่อการออกกำลังกายภายในเวลา 6 นาที สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่อัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยพัฒนาสมรรถภาพปอดและพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมห้ไปใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล นายแพทย์ ธนาพล ชัยวงศ์ แพทย์ประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทีมสหสาขาวิชาชีพประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ที่สนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในระยะสั้น เช่น ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และระยะยาว 1 ปีเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นระยะสั้นและระยะยาวว่ามีความแตกต่างอย่างไร และควรประเมินข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรร่วม เช่น ความร่วมมือของผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และการบริหารจัดการในระดับระบบสุขภาพ เป็นต้น และควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Boers E, Barrett M, Su JG, et al. Global burden of chronic obstructive pulmonary disease through 2050. JAMA Network Open. 2023 Dec 1;6(12):e2346598.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคกรมการแพทย์. รายงานสถิติโรคปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง;2564.
3. หน่วยงานเวชระเบียน. รายงานสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2564-2566. เชียงราย: งานเวชระเบียนโรงพยาบาลเวียงแก่น;2566.
4. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์;2565.
5. Krompa A, Marino P. Diagnosis and management of pulmonary hypertension

related to chronic respiratory disease. Breathe. 2022 Dec 1;18(4).

6. Csoma B, Vulpi MR, Dragonieri S, et al. Hypercapnia in COPD: causes, consequences, and therapy. J. Chronic Obstr. Pulm. Dis. 2022 Jun 2;11(11):3180.
7. Neder JA, de Torres JP, O'Donnell DE. Recent advances in the physiological assessment of dyspneic patients with mild COPD. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2021 Jul 1;18(3):374-84.
8. Pham Thi Thanh Phuong, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, วลัยลดา ฉันทะเรืองวณิชย์. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. J Nurs Sci. 2017;35 Suppl 1:47-55.
9. Hurst JR, Skolnik N, Hansen GJ, et al. Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations on patient health and quality of life. Eur. J. Intern. Med. 2020 Mar 1;73:1-6.
10. หนูกาญจน์ แฝงเมืองคุก, อิน วงษ์เคน, คณรัตน์ เคโฟเชษฐ์. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):98-108.
11. ปัทมาพร ชนะมาร. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2561;19(1):61-72.

12. อุมารณ์ สอนปัญญา, พรอนันต์ โดมทอง, วรณา ปิยะเศวตกุลม, พิเชษฐ เรืองสุขสุด, อนุชา ไทยวงษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(2):114-126.

13. Creer, TL. . Self-management of chronic illness. In Handbook of self-regulation. Academic Press; 2000.

14. ธาดา วินทะไชย, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2561;30(2):124-135.

15. กมลทิพย์ ช่างทอง, รังสียา นารินทร์, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพปอดในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566;29(2):28-44.

16. Li Y, Ji Z, Wang Y, Li X, Xie Y. Breathing exercises in the treatment of COPD: an overview of systematic reviews. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022;17:3075-85.

17. Luley MC, Loleit T, Knopf E, Djukic M, Criée CP, Nau R. Training improves the handling of inhaler devices and reduces the severity of symptoms in geriatric patients suffering from chronic-obstructive pulmonary disease. BMC geriatrics. 2020 Dec;20:1-8.

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแล ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

นพานุช บุญสิริมงคล*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของกลุ่มผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม 2) เปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม 3) เปรียบเทียบระดับความสามารถของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมจำนวน 30 คน เป็นการวิจัย ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยกึ่งทดลอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแล และระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.37$) ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 18.50$) อยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.79$) ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 4.55$) อยู่ในระดับสูง ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 7.07 ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.40 ซึ่งมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะของผู้ดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาทักษะสำหรับผู้ดูแลในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง, โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแล, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด

Corresponding Author: Napanuch Boonsirimongkon E-mail: napanuchnoi@gmail.com

Received: 26 August 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 28 December 2024

Effectiveness of the program for developing skills in caring for the elderly regarding dependency on care skills of caregivers
in the area of Pa Daet District, Chiang Rai Province

Effectiveness of the program for developing skills in caring for the elderly regarding dependency on care skills of caregivers in the area of Pa Daet District, Chiang Rai Province

Napanuch Boonsirimongkon *

ABSTRACT

This study aimed to 1) compare caregivers' knowledge of caring for dependent elderly individuals before and after participating in the program, 2) compare caregivers' skills in caring for dependent elderly individuals before and after the program, and 3) compare the daily living activities (ADL) capability levels of dependent elderly individuals before and after the program. The study involved 30 participants and employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest approach. Research instruments included a personal factor questionnaire, a knowledge assessment on elderly care, a caregiver skills evaluation, and an ADL assessment for dependent elderly individuals. Data was analyzed using descriptive statistics such as percentages, mean, standard deviation, and inferential statistics with the paired t-test.

The results showed that caregivers' knowledge of dependent elderly care improved from a moderate level ($\bar{x} = 13.37$) before the program to a high level ($\bar{x} = 18.50$) after the program, with a statistically significant difference at the 0.01 level. Caregivers' skills in caring for dependent elderly individuals improved from a moderate level ($\bar{x} = 2.79$) before the program to a high level ($\bar{x} = 4.55$) after the program, with a statistically significant difference at the 0.01 level. The daily living activities (ADL) capability of dependent elderly individuals improved from an average score of 7.07 before the program to 8.40 after the program, with a statistically significant difference at the 0.01 level.

These findings indicate that the skill development program for caring for dependent elderly individuals effectively enhances caregivers' knowledge and skills and improves the ADL capabilities of dependent elderly individuals. The program can serve as a guideline for designing future activities aimed at developing caregivers' skills.

Keywords: Dependent Elderly Individuals, Caregiver Skill Development Program, ADL

* Pa Daet Subdistrict Health Promotion Hospital

Corresponding Author: Napanuch Boonsirimongkon E-mail: napanuchnoi@gmail.com

Received: 26 August 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 28 December 2024

บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยซึ่งก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2458 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ.2564 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ¹ โดยอัตราความชุกของผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง 5 ปีย้อนหลังพบอัตราความชุกลดลงในปีพ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2562 คือ 562.50, 551.79 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับและเริ่มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2563 - พ.ศ. 2564 คือ 569.65, 586.98 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งจำนวนประชากรสูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี² เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทยอาจก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อสถานะทางสังคม เศรษฐกิจและระบบบริการนำไปสู่ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านติดเตียง (Elderly bedridden)³

จังหวัดเชียงราย เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากเป็นอันดับที่ 8 ของประเทศ จากรายงานสถิติจังหวัดเชียงรายพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ.2567มีประชากรสูงอายุ 255,245 คน คิดเป็นร้อยละ 19.65 ของประชากรทั้งหมด ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด ข้อมูลจาก Data

center จังหวัดเชียงรายพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 5,037 คนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 5,839 คน ในปีพ.ศ.2566 และปัจจุบันอำเภอป่าแดดมีผู้สูงอายุจำนวน 6,303 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในตำบลป่าแดดที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีจาก 1,377 คน ในปี พ.ศ.2563 เพิ่มขึ้นเป็น 1,673 คน ในปี พ.ศ.2567² จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงมากจากปี พ.ศ. 2565 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 2.21 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.50 ในปี พ.ศ. 2566 และปี พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.56² จะเห็นได้ว่าเป็นการเพิ่มจำนวนขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็นสองเท่าตัว แต่การดูแลผู้สูงอายุยังเป็นระบบเดิม ไม่สามารถแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันให้เหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุและปัญหาผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนมากขึ้น หากยังไม่มีมีการปรับระบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ก็อาจส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล หรือขยายเป็นปัญหาลูกกลามในวงกว้าง ระดับอำเภอ จังหวัดและระดับประเทศได้ ดังนั้นจึงได้มีแนวคิด ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้านอย่างเป็นระบบ โดยครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง เพื่อบรรเทาและดูแลประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ร่างกาย

ทรุดโทรม เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมบางส่วนเริ่มเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และเพิ่มจำนวนมากขึ้นในทุกๆปี

ระบบการดูแลระยะยาว (long term care : LTC) เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน หลักการสำคัญของการพัฒนา ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) เข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวอย่างเหมาะสม 2) การสนับสนุนการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน 3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวโดยอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพ 4) ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

การพัฒนาศักยภาพบุคคลถึงระดับครอบครัวและชุมชน ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่คู่สมรส บุตรปิตามารดาญาติใกล้ชิดหรืออาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อนที่รับภาระเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่จะทำโดย พ่อแม่ พี่น้องหรือญาติเนื่องจากบริบทเป็นสังคมที่อยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันเป็นอย่างดี แต่ในปัจจุบันด้วยความเจริญก้าวหน้า วิถีชีวิตของสังคมเปลี่ยนไปสู่สังคมเดี่ยวมากขึ้น การดำเนินชีวิตลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ซึ่งมีลักษณะคล้ายสังคมของประเทศที่พัฒนาแล้ว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เป็นคู่สมรส บุตร ปิตามารดา ญาติใกล้ชิดหรืออาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็น

จะต้องมีการปรับตัวโดยเฉพาะผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ นอกเหนือจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ และเป็นบทบาทที่ต้องกระทำโดยที่ไม่ได้เตรียมตัว ดังนั้นต้องมีการเพิ่มศักยภาพทักษะของผู้ดูแลให้มีสมรรถนะตรงตามความต้องการและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพหลากหลายด้าน โดยผู้ดูแลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในการดูแลโดยตรงและการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุและในบางครอบครัวผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน การที่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุดีขึ้น รวมทั้งหากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลง⁴ การที่กลุ่มผู้ดูแลมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุและทักษะการดูแลที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมและยอมทำให้ผู้สูงอายุ เกิดสุขภาวะที่ดี หากการดูแลไม่ถูกต้องสามารถนำไปสู่ความพิการของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นหรือ ที่ร้ายแรงกว่านั้นอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้อีกด้วยในขณะที่บางรายของผู้สูงอายุหากได้รับการดูแลที่ดีและถูกต้องผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น⁵ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีวิธีดำเนินการส่งเสริมให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อปรับมุมมองทัศนคติในการดูแลรวมถึงการพัฒนาทักษะในการดูแล เพื่อนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการจัดโปรแกรมที่อบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบภาพรวม แต่ยังขาดในส่วนของการให้ความรู้ในเรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หลักการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการฝึกทักษะการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 13 ทักษะ ประกอบด้วย การให้ยาทางปาก การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน การวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การเช็ดตัวลดไข้ การทำแผลแห้ง การทำแผลเปียก การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การกระตุ้น ป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจการนำแนวคิดการรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) ซึ่งประสบการณ์ที่ได้รับจากการเจ็บป่วยในรูปแบบต่างๆ ทำให้บุคคลมีการรับรู้สุขภาพที่แตกต่างกัน⁶ แนวคิดการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนของ Bandura (Self-efficacy) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคม⁷ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁸ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ให้สามารถพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย นำไปสู่การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล การอบรมพัฒนาทักษะของผู้ดูแล และเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลที่พบจากประสบการณ์ของตนได้อย่างตรงจุดและตรงประเด็น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีผลต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัย ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
2. กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-PowerMac โดยกำหนด

ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 $\alpha = 0.05$

power = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

1. การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแล

กิจกรรมบอกเล่าโดยใช้ข้อมูลทักษะการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างประสบอยู่ปัจจุบันเป็นตัวนำไปสู่การรับรู้ด้านสุขภาพบรรยายให้ความรู้เรื่องความหมายของผู้สูงอายุธรรมชาติของช่วงวัยบรรยายให้ความรู้และสาธิตทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

2. ดูแล ใส่ใจ อภัยได้ ไม่ซึมเศร้า กินข้าวได้

กิจกรรมนำโดยผู้วิจัยและทีมสหเวชเริ่มอบรมเชิงปฏิบัติการ อบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง

3. การกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการให้คำปรึกษา

กิจกรรม ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยและทีมสหเวช (15 -30 นาทีต่อคน) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สะท้อนความคิดระหว่างนักวิจัยและผู้ดูแล

4. การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการทานอาหาร ดูแลสุขภาพช่องปาก การอาบน้ำและแต่งตัว การออกกำลังกาย กิจกรรมคลายเครียด การทานยา ที่จำเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำแนวคิดแนวคิดการรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) ร่วมกับการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ใช้เวลา 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยปัจจัย

ส่วนบุคคล ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ศาสนา สถานภาพสมรส เพศ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ประสิทธิภาพในการ

ดูแลผู้สูงอายุ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ 2) โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 3) การจัดการภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อโดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบถูก ผิด และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน สำหรับคะแนนรวมของการทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ในช่วง 0-20 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁹ ดังนี้

ระดับสูง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 - 100 (คะแนนตั้งแต่ 16-20 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับสูง
ระดับปานกลาง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนตั้งแต่ 0-11 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การให้ยาทางปาก 2) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน 3) การวัดอุณหภูมิ 4) การวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ 5) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 6) การเช็ดตัวลดไข้ 7) การทำแผลแห้ง 8) การทำแผลเปียก 9) การดูแลเสมหะ 10) การให้อาหารทางสายยาง 11) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย 12) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

13) การกระตุ้น ป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด คะแนน 5 ปฏิบัติมาก คะแนน 4 ปฏิบัติปานกลาง คะแนน 3 ปฏิบัติน้อย คะแนน 2

ปฏิบัติน้อยที่สุด คะแนน 1 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ทักษะระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67-5.00

ทักษะระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34-3.66

ทักษะระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) ใช้เกณฑ์การให้คะแนนรวม ADL 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พึ่งตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองได้บ้าง พึ่งตนเองได้ ดังนี้พึ่งพาตนเองไม่ได้ = 0 - 4 คะแนน พึ่งพาตนเองได้บ้าง = 5 -11 คะแนน พึ่งตนเองได้ = 12- 20 คะแนน

นำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) กับผู้สูงอายุตำบลป่าแงะ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้แบบเลือกตอบนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สถิติ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.88

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด รวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้ลงนามในแบบฟอร์ม การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) โดยประเมินความรู้ ทักษะ ของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยทบทวนวรรณกรรม ทั้งในและต่างประเทศ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

4. จัดอบรมอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5. ประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยการรวบรวมข้อมูล ความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลจำนวน 30 รายและรวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

และการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแล และระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 24/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.30 เพศชายร้อยละ 16.70 อายุเฉลี่ย 50.53 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกันร้อยละ 60.00 โสด ร้อยละ 20 หม้าย / หย่าร้าง ร้อยละ 20 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 43.30 อนุปริญญาหรือเทียบเท่าร้อยละ 6.7 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.30 แม่บ้านทำงานบ้านตนเองร้อยละ 36.70 รับจ้างร้อยละ 13.30 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 6.70 รายได้เฉลี่ย 4,120 บาท ประสพการณ์การดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ย 3.33 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล พ่อ/แม่ ร้อยละ 60.00 ปู่ย่า / ตายาย ร้อยละ 33.33 ผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 6.70

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในกลุ่ม

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.37$) เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้มีความรู้ระดับสูง ($\bar{X} = 18.50$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทักษะ 1) การให้ยาทางปาก 2) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน 3) การวัดอุณหภูมิ 4) การวัดความดันโลหิตชีพจร อัตราการหายใจ 5) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 6) การเช็ดตัวลดไข้ 7) การทำแผลแห้ง 8) การทำแผลเปียก 9) การดูดเสมหะ 10) การให้อาหารทางสายยาง 11) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย 12) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 13) การกระตุ้นป้องกันและการดูแลภาวะสมองเสื่อม ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่ม

ตัวอย่างมีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.79$) เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลส่งผลให้มีความรู้ระดับสูง ($\bar{X} = 4.55$) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ผลการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) โดยในกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง (ADL) โดยก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ($\bar{X} = 7.07$) เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้มีความรู้ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ($\bar{X} = 8.40$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน (n= 30)		หลัง (n= 30)		p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	13.37	1.54	18.50	1.22	<0.001**

**Significant at p-value <0.01

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	ก่อน (n= 30)		หลัง (n= 30)		p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	2.79	0.18	4.55	0.23	<0.001**

**Significant at p-value <0.01

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	ก่อน (n= 30)		หลัง (n= 30)		p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง	7.07	2.84	8.40	3.36	<0.001*

**Significant at p-value <0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจากการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 13.37$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 18.50$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รวิวรรณ จารุพรประสิทธิ์ และคณะ¹⁰ ศึกษางานวิจัย ความสัมพันธ์ของความรู้ในการดูแลมีผลกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลพบว่า การให้ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล และจากการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง ซึ่งต่างจากญาติผู้ดูแลที่ไม่มี

ความรู้ในการดูแล ญาติจะไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแลใด ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ

2. ทักษะในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจากการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 2.79$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 4.55$) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล¹¹ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน ศึกษางานวิจัยประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยประยุกต์ใช้แนวคิด การรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) การเสริมสร้างความสามารถ แห่งตนของ Bandura (Self-efficacy) และแนวคิดการเสริมสร้าง

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

พลังอำนาจ (Empowerment) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลอง และจากการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีคะแนนทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติการดูแลและสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง

3. ระดับความสามารถของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ในพื้นที่ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 7.07$) เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 8.40$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล¹¹ ศึกษาวิจัยประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากโดยประยุกต์ใช้ แนวคิดการรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) การเสริมสร้างความสามารถ แห่งตนของ Bandura (Self-efficacy) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจากการนำโปรแกรมการ

พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีความรู้เพิ่มขึ้น และมีคะแนนทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นมีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลป่าแดด ทีมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแดดที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยและ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล และมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลมีประสิทธิผลในด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) ดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

2. จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง บางประเด็นจะสำเร็จตามเป้าหมายได้นั้นควรเน้นทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยเฉพาะผู้นำชุมชน อาสาสมัคร

ประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบล เข้ามามีส่วนร่วมที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนกิจกรรมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงบางคน มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การฝึกทักษะในการดูแล ต้องใช้เวลาเรียนรู้ หรือต้องฝึกปฏิบัติหลายๆ ครั้ง ช่วงแรกของการปฏิบัติจะไม่มี ความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลควรมีการเพิ่มความ รู้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงด้านจิตใจและเพิ่มทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงด้าน ช่างภาพ

2. ควรมีการปรับปรุงเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้ เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

3. ควรมีการศึกษาการติดตามประเมิน ประสิทธิภาพโปรแกรมในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อ ติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ระดับความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวน ร้อยละ และอัตรา ของประชากรสูงอายุ จำแนกตามเพศ จังหวัด และ ภาค พ.ศ. 2564 (สสช.สำรวจทุก 3 ปี) [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร: [ม.ป.พ.] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1

เม.ย.2567].เข้าถึงได้จาก

http://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?%2Fnsoweb%2Fstatistics

2. กระทรวงสาธารณสุข.จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต].นทพบุรี [ม.ป.พ.] 2565

[เข้าถึงเมื่อ1 เม.ย.2567].เข้าถึงได้จาก https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51

3. Vicha S, Manop N, Srirungrueng S, Saowapha B, Sriphattarangkul S, Tabutwong N,et al. Development of a health service network system for the elderly, the home group and the bedridden group (Case study of the elderly in the home group and bedridden groups in the area of responsibility of Samut Songkhram Hospital, Mae Tha District, Lampang Province). Research Report, Health Systems Research Institute. (In Thai); 2017.

4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร.รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย บูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุแบบองค์รวม.นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

5. ภาสกร สอนเรือง. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2561;12: 438-451

6. Pender, et al. Predicting Health Promoting Lifestyle in the 97 Workplace. Nursing Research. 1990;39(6):326-332.
7. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change Psychological Review. 1997;84: 191 – 215.
8. Gibson, C. H. A concept analysis of empowerment. Journal of advanced nursing. 1991;16(3): 354-361.
9. Bloom, B. S. (1968). Mastery learning. UCLA – CSEIP evaluation Comment. 1(2). Los Angeles. University of California at Los Angeles.
10. รวิวรรณ จารุพรประสิทธิ์และคณะ. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. 2558.
11. ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2562;2:26-37.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

จิราภรณ์ จอมกัน*, ณัฐธยาน์ วังษา*, ลินีนากู หงษ์ระนัย**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสังเกตอาการการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังได้รับการสอน ประชากรที่จะศึกษา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยง 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) แบบสอบถามการสังเกตอาการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.86, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดหาค่าด้วยสูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.92 และความเชื่อมั่นของการสังเกตระหว่างผู้ประเมิน 4 คนเท่ากับ 0.92

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความรู้และการสังเกตอาการเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 11.23 (S.D. = 2.08) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 13.23 (S.D. = 1.43) คะแนนการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.50 (S.D. = 2.03) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 9.37 (S.D. = 1.10) เมื่อเปรียบเทียบความรู้และการสังเกตอาการเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าหลังเข้าโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

โปรแกรมนี้ควรได้รับการขยายผลไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ และพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์, หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

*โรงพยาบาลแม่สรวย

**สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Corresponding Author: Jeepraphorn jomkan E-mail: jeeraporn1120@gmail.com

Received: 17 October 2024 Revised: 11 November 2024 Accepted: 28 December 2024

Effective Program of Risk Preterm Contraction Care in Maesuai Hospital, Chiang Rai Province

Jeepraphorn jomkan*, Nattaya Wangkha*, sineenat Hongranai *

ABSTRACT

This study is quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design to investigate the effects of a care program for pregnant women at risk of preterm labor in reducing the preterm birth rate. The study compared the mean scores of knowledges about preterm labor and observation of preterm labor symptoms before and after the intervention. The study population consisted of 30 pregnant women at risk of preterm labor. Research instruments included: 1) a risk factor screening questionnaire, 2) a knowledge assessment on preterm labor, and 3) a symptom observation questionnaire. Three experts validated these tools, with content validity indices of 0.86, 0.95, and 0.95, respectively. Reliability was assessed using the Kuder-Richardson formula (KR-20), resulting in reliability coefficients of 0.85 and 0.92 for the second and third questionnaires, respectively. The inter-rater reliability for symptom observation among four raters was 0.92.

The results showed that after participating in the care program, the participants demonstrated increased knowledge and improved ability to observe preterm labor symptoms. The mean score for knowledge on preterm labor increased from 11.23 (S.D. = 2.08) before the program to 13.23 (S.D. = 1.43) after the program. Similarly, the mean score for symptom observation increased from 7.50 (S.D. = 2.03) before the program to 9.37 (S.D. = 1.10) after the program. Comparisons of knowledge and symptom observation scores before and after the intervention revealed statistically significant improvements (p -value < 0.05).

This program should be expanded to other healthcare facilities and further developed to enhance its effectiveness in sustainably reducing the preterm birth rate.

Keywords: Care program for pregnant women, pregnant women at risk of preterm labor

*Maesuai Hospital

**School of Nursing, Mae Fah University

Corresponding Author: Jeepraphorn jomkan E-mail: jeeraporn1120@gmail.com

Received: 17 October 2024 Revised: 11 November 2024 Accepted: 28 December 2024

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลต่อมารดาและทารก ซึ่งผลต่อมารดาพบว่ามารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเครียดระดับสูงเมื่อเทียบกับมารดาของทารกที่คลอดครบกำหนดและมารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยทารกวิกฤต (NICU) มีระดับความเครียดเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการรักษา¹ ในด้านทารกที่คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ขวบ² และพบภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) ความผิดปกติที่เนื้อขาวสมอง (Periventricular leukomalacia) สมองพิการ (Cerebral palsy), ปอดเรื้อรังในทารกเกิดก่อนกำหนด (Bronchopulmonary dysplasia) โรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity, ROP) หลอดเลือดเกินนอกหัวใจ (Patent ductus arteriosus, PDA)⁴ รวมถึงยังมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายที่สูงในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในหน่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (Neonatal intensive care unit, NICU) ทารกจะได้รับการดูแลแบบพิเศษ บางรายใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนขึ้นอยู่กับความรุนแรงของทารกแต่ละราย⁴ ปัญหาที่พบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ เช่น Respiratory syndrome(RDS), Apnea of prematurity(AOP) และ Bronchopulmonary dysplasia (BPD) ระบบ

ประสาท เช่น intraventricular hemorrhage (IVH) และ hypo-hyper thermia ระบบจอประสาทตา เช่น Retinopathy of prematurity (ROP) ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus(PDA) และ Hyperbilirubinemia ระบบทางเดินอาหาร Necrotizing enterocolitis ระบบภูมิคุ้มกัน เช่น ภาวะ sepsis เป็นต้น¹² สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด¹³ ซึ่งในแต่ละปีทั่วโลกพบว่ามีทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน ในปี 2020² ส่วนในประเทศไทยจากรายงานสถิติการคลอดก่อนกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขปี 2563 ร้อยละ 12.38 ปี 2564 ร้อยละ 12.47 และปี 2565 ร้อยละ 11.61 ตามลำดับ ข้อมูลการคลอดก่อนกำหนดเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2563 ร้อยละ 9.97 ปี 2564 ร้อยละ 10.35 และปี 2565 ร้อยละ 10.32⁵ ส่วนสถิติโรงพยาบาลแม่สรวยพบการคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ปี 2563 ถึง 2565 ร้อยละ 3.16, 2.31 และ 3.80 ตามลำดับ⁶ จึงมีการกำหนดในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2506-พ.ศ. 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁷

ช่วงอายุครรภ์ที่นับเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคือช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงช่วงอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ โดยมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมงร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก โดยมีการเพิ่มการขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตรหรือปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป⁸ พบว่าปัจจัยที่ทำให้คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มีน้ำเดิน

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ก่อนกำหนด การมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ คุณภาพ สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักดัชนีมวลกายน้อย เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด²⁰ เคยได้รับการรักษา ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ปากมดลูกมีการเปิดขยายเมื่อแรกเริ่ม และมี ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์²¹ ทั้งนี้เพื่อลดการ เจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด การจัดโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้การ ติดตามการหดตัวของมดลูก แบบเครื่องมือบันทึก การหดตัวของมดลูก การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วย ตนเอง สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้⁹ ในบริบทของอำเภอแม่สรวยมีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาซึ่งการเดินทางนั้นใช้เวลาค่อนข้างนาน พอสมควรการจัดโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้สตรี ตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจเพื่อมารับการรักษาได้อย่าง ทันทีทันที่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะในเขต พื้นที่อำเภอแม่สรวยพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมีทั้งหมด 4 อย่าง ดังนี้ ปัจจัยด้านเชื้อชาติไทย อาชีพที่ไม่ได้ใช้ แรงงาน การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และ ภาวะติดเชื้อ¹⁰ จากปัจจัยที่พบเกี่ยวกับการคลอดก่อน กำหนดทางคณะผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัจจัย เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จึงได้นำแนวทางการ ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดของทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุ

เคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองเบื้องต้นมา ปรับให้เหมาะสมกับประชากรในพื้นที่โดยใช้งานวิจัย เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลแม่สรวย นำมา ปรับรวมเข้าด้วยกันให้เกิดความเหมาะสมมากที่สุดในการ คัดสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อ การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสังเกต อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

สมมุติฐานการวิจัย

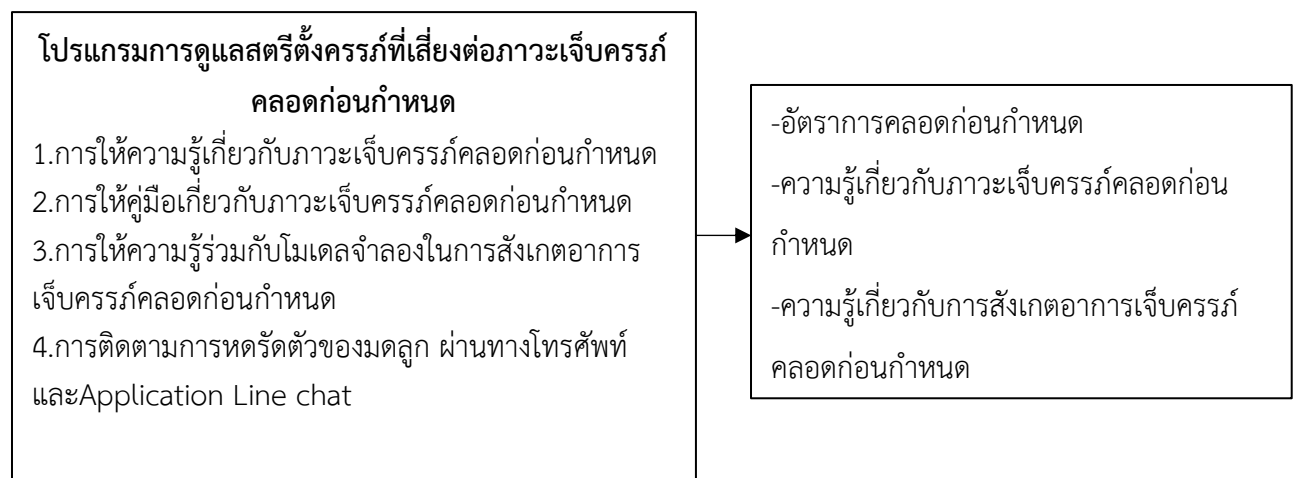
1. โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดช่วยลดอัตราการ คลอดก่อนกำหนดได้
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

3.คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาลงของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการดูแลตนเองแบบของ Orem ระบบโดยเลือกกระบวนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system)²² โปรแกรมนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเหลือเพื่อให้ดูแลตนเองได้โดยการสอน (Teaching) เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุน (supporting) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Guiding) การชี้แนะและการช่วยเหลือเวลาติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งเป็น 1 กลุ่ม (The one-group pretest- posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน 1 เมษายน 2566 ถึง 30 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยคำนวณค่าอิทธิพลโดยเข้าสู่สูตรจากกลาส¹⁶ คำนวณโดยนำค่าอิทธิพล (effect size) = 0.50 มาประมาณขนาดตัวอย่างจาก Power Tables for Effect Size d¹⁷ ประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) = 0.90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการยุติของของกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่ทำการศึกษาโดยปรับเพิ่มขนาดที่ใช้ในการศึกษา¹⁸

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ซึ่งการศึกษานี้มีจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 ราย คาดว่ามีกลุ่มตัวอย่างยุติระหว่างทำการศึกษา ร้อยละ 20 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้ในการทดลองครั้งนี้คือ 30 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

สตรีตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ มารับการฝากครรภ์โรงพยาบาลแม่สรวย ตลอดการตั้งครรภ์ และต้องการคลอดโรงพยาบาลแม่สรวย มีโทรศัพท์และสามารถสื่อสารได้ สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดต่างๆ สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์น้ำหนักตัวน้อย (ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5) หรือน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคปริทันต์ สตรีตั้งครรภ์ที่เคยปากมดลูกไม่แข็งแรง หรือเคยเย็บผูกมดปากมดลูก สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์นี้ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะซีด/ธาลัสซีเมีย ตั้งครรภ์แฝด เลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ มีน้ำคร่ำน้อยหรือมีน้ำคร่ำมากหรือทารกพิการในครรภ์ เป็นต้น สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ได้แก่ ติดเชื้อแบคทีเรีย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อทางช่องคลอด/โพรงมดลูก ติดเชื้อในช่องปาก ผลเลือดพบว่ามี การติดเชื้อในร่างกาย เป็นต้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติ

เคยแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีประวัติการผ่าตัดคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์ซึ่งทำให้มารดาและทารกมีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงหรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่วงระยะเวลาศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น ข้อมูลการรักษาที่จำเป็นสำหรับการศึกษาไม่ครบถ้วน และกลุ่มตัวอย่างที่มีความประสงค์ออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ ลักษณะครอบครัว การทำงานในชีวิตประจำวันขณะตั้งครรภ์ กิจกรรมประจำวันและการทำงานเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ เขตที่อยู่ สิทธิการรักษา

1.2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ ณ วันที่คัดกรอง จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก น้ำหนักตัวน้อย (ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5) หรือน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ (ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25) มีฟันผุหรือเหงือกอักเสบ สูบบุหรี่หรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ ขณะตั้งครรภ์ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เคยปากมดลูกไม่แข็งแรง มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์นี้ มีการติดเชื้อในร่างกายขณะตั้งครรภ์นี้ เคยแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ประวัติการผ่าตัดคลอด มีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ภายใน 1 ปี หลังคลอดบุตรคนล่าสุด มีภาวะสุขภาพจิต มีประวัติถูกทำ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

รายจากบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประยุกต์มาจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของอัสมะ จารู¹³ ได้สร้างแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 นอกจากนี้ทางผู้วิจัยได้ปรับมาปรับเข้ากับทฤษฎีระบบการพยาบาลของ Orem ในด้านการสอนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและตำราที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกี่ยวกับ ความหมาย ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดการสังเกตอาการผิดปกติและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อคลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรของการหาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ลักษณะแบบสอบถาม เป็นคำตอบให้เลือก ถูกหรือผิด มี 2 ค่า ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประยุกต์มาจากแบบทดสอบการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของอัสมะ จารู¹³ โดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแบบสอบถาม จำนวน 31 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ

ค่า 4 ระดับ (ไม่เคยปฏิบัติ-ปฏิบัติเป็นประจำ) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมาปรับเข้ากับทฤษฎีระบบการพยาบาลของ Orem ในด้านการสนับสนุนร่วมและตำราที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกี่ยวกับ อาการที่ผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์จริงและอาการเจ็บครรภ์เตือน ความคิดเห็นให้เลือก มาหรือไม่ มา จำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรของการหาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 มี 2 ค่า ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน โดยมีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางการดูแลทางด้านสูติกรรม 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตลอดจนการคลอด ที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี 1 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 0.86 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ

2.แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรของการหาค่า KR-20ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน คือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ความเชื่อมั่น ของการสังเกตระหว่างผู้ประเมินทั้ง 4 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองโครงการเลขที่ CRPPHO 18/2566 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 30 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแนบกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงข้อมูล การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ และจะนำเสนอในภาพรวม รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นและจะทำลายแบบสอบถามหลังจากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย

วิธีดำเนินการและรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลแม่สรวย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำห้องฝากครรภ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ เตรียมสื่อการสอน และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยกิจกรรมโปรแกรมการดูแลสตรี

ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย

1.3 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมเนื้อหา วัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบการวิจัย วิธีการขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บข้อมูล แก่พยาบาลแผนกฝากครรภ์ให้เข้าใจตรงกันก่อนเข้าพบสตรีตั้งครรภ์เพื่อเก็บข้อมูล รวมทั้งการติดตามประเมินผลหลังกิจกรรมและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด(ก่อนเข้าโปรแกรม)แบบสอบถามการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ก่อนเข้าโปรแกรม)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2.1 ทุกวันอังคารและวันพุธ เวลา 08.00 - 16.00 น. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยพิจารณาจากแฟ้มประวัติผู้บริการ

2.2 เมื่อสตรีตั้งครรภ์สนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้ลงนาม ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

2.3 ให้สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้สตรีตั้งครรภ์นั่งตอบแบบสอบถามที่โต๊ะของแผนกฝากครรภ์ที่จัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามและให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตอบแบบสอบถาม 3 ส่วนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ขณะตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจหรือกังวลใจ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและบอกกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถปฏิเสธในการตอบแบบสอบถามได้ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

2.5 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรมรายกลุ่มและกิจกรรมรายบุคคล ดังนี้
กิจกรรมรายกลุ่ม

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สาเหตุ ปัจจัย อาการ อาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการผิดปกติที่ควรมาตรวจที่โรงพยาบาล เป็นต้น พร้อมทั้งแจกคู่มือ “การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด” ใช้เวลา 30 นาที

- ใช้โมเดลจำลองการหดตัวของมดลูก (เป็นนวัตกรรมที่ใช้หนังเทียมมาทำเหมือนหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์และการดึงตัวของมดลูกใช้ผ้าพันแขนวัดความดัน blood pressure cuff เปรียบเสมือนการหดตัวของมดลูก โดยที่วัดความดันใช้แบบบีบในการควมคุม) ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกจับมดลูกจำลองทุกคน

พร้อมทั้งเน้นย้ำถึงอาการของเจ็บครรภ์จริง ได้แก่ มดลูกหดตัวแรงและถี่มากกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง ปวดบริเวณต้นขาหรือปวดช่วงล่างอย่างสม่ำเสมอ ปวดเกร็งท้องคล้ายปวดประจำเดือน ปวดหน่วงในอุ้งเชิงกราน ปวดถ่วงที่ช่องคลอดคล้ายกับทารกดันมา ใช้เวลา 20 นาที

- อธิบายการใช้แบบเฝ้าระวังการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งแจกคู่มือการใช้งานผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน โดยอายุครรภ์ 24 – 31 สัปดาห์ ประเมินสัปดาห์ละครั้ง(ทุกวันอังคาร) 32 – 36⁺⁶ สัปดาห์ ประเมินทุกวัน โดยในแบบประเมินจะมีให้สังเกตอาการอยู่ 3 ข้อ ได้แก่ มดลูกหดตัวนานๆครั้ง (มากกว่า 10 นาที) มดลูกหดตัวทุกๆ 10 นาที หรือน้อยกว่า และไม่มีอาการ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกข้อใดข้อหนึ่ง และส่งรายงานมาทางไลน์แอปพลิเคชันหลังประเมินเสร็จทุกครั้ง ใช้เวลา 10 นาที

- กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด(หลังเข้าโปรแกรม) แบบสอบถามการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (หลังเข้าโปรแกรม)

กิจกรรมรายบุคคล

- การติดตามและประเมินอาการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการนัดฝากครรภ์ตามคุณภาพทุกครั้ง

- การติดตามผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน (ตามคู่มือ)

- เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการผิดปกติของตนเองสามารถสอบถามมายังช่องทางไลน์ได้ตลอดเวลาโดยทางจะมีเจ้าหน้าที่กลุ่มงานฝากครรภ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

และห้องคลอดช่วยตอบข้อสงสัยให้ และแนะนำหรือ ตัดสินใจให้มาตรวจรักษาได้อย่างทันท่วงที

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผล การใช้โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอด ก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย ปีงบประมาณ 2567 รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล สรุป อภิปราย ผลการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ ลักษณะครอบครัว ลักษณะ อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย และข้อมูลทางด้านสูติศาสตร์

2.การวิเคราะห์และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Paired Pre-Test และ Independent T-Test) สำหรับวิเคราะห์คะแนน ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคะแนนการสังเกตอาการ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการดูแล สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาสำหรับตัว แปรเชิงปริมาณแสดงในรูปของความถี่ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Paired Pre-Test และ Independent T-Test) สำหรับ การ วิเคราะห์และเปรียบเทียบโปรแกรมการป้องกันสตรี ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยผลการ ทดสอบถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ เมื่อค่า p-Value น้อย กว่า 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลกลุ่ม ตัวอย่าง 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี 22 ราย (ร้อยละ 73.3) ส่วนใหญ่เป็นชาวเขา 21 ราย (ร้อยละ 70) ครอบครัวขยาย 16 ราย (ร้อยละ 53.3) อาชีพไม่ใช้แรงงาน 19 ราย (ร้อยละ 63.3) อาศัยอยู่เขตบริการสุขภาพทั้งหมด (ร้อยละ 100)

2. ข้อมูลทางด้านสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีการตั้งครรภ์ที่มากกว่า 4 ครั้ง 21 ราย (ร้อย ละ 70) ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน 26 ราย (ร้อยละ 86.7) ผ่าครรภ์ครั้งแรกตามเกณฑ์คุณภาพ 24 ราย (ร้อยละ 80) ก่อนตั้งครรภ์มีดัชนีมวลกายปกติ 18 ราย (ร้อยละ 60) ไม่มีพินสุ 20 ราย (ร้อยละ 66.7) ไม่มี ประวัติสูบบุหรี่หรือบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ 18 ราย (ร้อยละ 60) ทั้ง 30 รายไม่ได้มีสุราหรือติดสารเสพติด ไม่มีประวัติ การผ่าตัดปากมดลูก ไม่มีการตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีจากการ คลอดครั้งก่อน ไม่มีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์ 25 ราย (ร้อยละ 83.3) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต 29 ราย (ร้อยละ 96.7) และทั้ง 30 รายไม่มีประวัติการถูกทำร้ายจากคนใน ครอบครัว ดังตารางที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูง กว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดัง ตารางที่ 2

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตารางที่ 3

5. อัตราการคลอดก่อนกำหนด เมื่อติดตามกลุ่ม ตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดจำนวน 30 ราย พบว่า มี 3 รายที่มีอาการและ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

อาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ใน
จำนวนนี้ได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 ราย ได้รับการประเมิน
การหดตัวของมดลูกแต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล 1 ราย และกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามและ
เฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างใกล้ชิด
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการคลอดครบกำหนดทั้ง 30 รายโดย
มีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 39 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (N=30)

ลักษณะที่ศึกษา	สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	
	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 20	4	13.33
20-35	22	73.33
>35	4	13.34
Mean ± SD	28.77±6.39	
เชื้อชาติ		
ไทย	8	26.74
ชาวเขา	21	96.72
ต่างด้าว	1	3.34
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	14	46.74
ขยาย	16	53.32
อาชีพ		
ใช้แรงงาน	11	36.72.
ไม่ใช้แรงงาน	19	63.3
เขตที่อยู่อาศัย		
ในเขต	30	100
นอกเขต	0	0
การตั้งครรภ์ครั้งนี้ตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง		
มี	9	30
ไม่มี	21	70

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ตารางที่ 1 ต่อ

ลักษณะที่ศึกษา	สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	
	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
ติ่มสุรา		
มี	0	0
ไม่มี	30	100
ติดสารเสพติด		
มี	0	0
ไม่มี	30	100
เคยเย็บแผลปากมดลูก		
มี	0	0
ไม่มี	30	100
เคยแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป		
มี	1	3.34
ไม่มี	29	96.71
ประวัติการผ่าตัดคลอด		
มี	4	13.32
ไม่มี	26	86.73
มีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์		
มี	5	16.72
ไม่มี	25	83.31
ตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีจากการคลอดครั้งก่อน		
มี	0	0
ไม่มี	30	100
ปัญหาด้านสุขภาพจิต		
มี	1	3.32
ไม่มี	29	96.72
ประวัติการถูกทำร้ายจากคนในครอบครัว		
มี	0	0
ไม่มี	30	100

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (คะแนนเต็ม 15 คะแนน n=30)

การทดสอบ	mean	SD	t-score	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	11.23	2.08	6.53	< 0.001**
หลังได้รับโปรแกรม	13.23	1.43		

**p-value < 0.001

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (คะแนนเต็ม 10 คะแนน n=30)

การทดสอบ	mean	SD	t-score	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.50	2.03	5.96	< 0.001**
หลังได้รับโปรแกรม	9.37	1.10		

**p-value < 0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์หลังการเข้าโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอด

ก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นและมีภาวะเสี่ยงระดับต่ำ¹⁹ เช่นกัน ทั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด สอนสาธิตวิธีการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองจากผู้วิจัยโดยตรง การให้โปรแกรมร่วมกับติดตามการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองและรายงานผลการบันทึกการหดตัวของมดลูกตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ เป็นการเพิ่มความรับรู้ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตระหนักและเข้าใจความสำคัญของการสังเกตอาการด้วยตนเอง การสังเกตอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดและสื่อสารให้บุคลากรรับทราบผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Application) ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่น การตัดสินใจเข้า

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

รับการรักษาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่าง
ทันทั่วทั้งที่ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้สื่อแอป
พลิเคชันบนมือถือต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกัน
การคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง
การคลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงซึ่ง
คะแนนภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และการศึกษาผลของ
โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อน
กำหนด ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด การติดตามการหดตัวของมดลูก
โดยใช้เครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก และการ
ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์
สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองมีประโยชน์ในการลด
อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁹ โดย
การค้นหาผู้มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ
สามารถให้การรักษาดังแต่ในระยะเริ่มต้น จาก
การศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการและอาการแสดง
ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3 ราย โดยราย
ที่ 1 แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่ออายุครรภ์ 33
สัปดาห์ ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกและยา
ฉีดกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกจนจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล ได้รับการติดตามอาการอย่าง
ใกล้ชิดและนัดผ่าตัดคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด
รายที่สองในขณะที่อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดได้รับ
การประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่องบันทึก
การหดตัวของมดลูก จำนวน 3 ครั้ง พบว่า มดลูก
หดตัวห้วงมากกว่า 10 นาที ทุกครั้ง แพทย์ไม่ได้รับ
ไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด
และรายที่สาม ในครั้งแรกที่แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล
เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับยา
โปรเจสเตอโรนเหน็บทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง ใน
ครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 33 สัปดาห์ แพทย์รับไว้ใน
โรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อน
กำหนด ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกและยา
ฉีดกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกจนจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล ได้รับการติดตามอาการอย่าง
ใกล้ชิดและมีอาการเจ็บครรภ์คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ
กำหนด

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อน
กำหนดและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อน
กำหนด รวมถึงการสังเกตอาการของตนเองเพื่อ
ประเมินอาการของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ในโรงพยาบาลแม่สรวยนั้น ทำให้เกิดพฤติกรรม
ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ อาจ
นำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นๆได้
2. จากผลการศึกษาพบว่า การคัดกรองและ
ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนด โดยใช้โปรแกรม เป็นสิ่งมีประโยชน์
ช่วยสร้างความตระหนักให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
ต่อการเจ็บครรภ์คลอดในการดูแลตนเอง ช่วยเพิ่ม
ความเชื่อมั่น และตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพื่อป้องกัน
การคลอดก่อนกำหนดได้อย่างทันทั่วทั้งที่และช่วยลด
อัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ควรนำโปรแกรมนี้ออกใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อ
การคลอดก่อนกำหนดทุกราย

กิตติกรรมประกาศ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลแม่สรวยทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้งานวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Yaari M, Treyvaud K, Psych D, Lee KI, Doyle LW, Aderson PJ. Preterm birth and maternal mental Health: Longitudinal trajectories and predictors. NLM 2019; 44: 736-747
2. World Health Organization. Preterm birth.(ออนไลน์). Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Ismal AQT, Boyle EM, pillay T. Clinical outcomes for babies born between 27-31 weeks of gestation: Should they be regarded ad a single cohort, Journal of Neonatal Nursing 2023; 29: 27-32
4. The American college of obstetricians and gynecologists. Preterm labor and birth (internet).2023 (cited 2033 July 1). Available from: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth>
5. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2565. เข้าถึงได้จาก: http://hdcservice.moph.go.th/hdc%20reports/report.php?source=pformatted/format1.php&at_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&

id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d

[เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค. 2566].

6. Labor room unit of Maesuai Hospital. The labor room unit's quality of care summary of budget year 2020-2022.Chiangrai: Nursing department of Maesuai Hospital; 2020-2023
7. กองนโยบายและแผน. นโยบายและยุทธศาสตร์การเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560
8. ศศิกา กาละ. การพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2(อินเตอร์เน็ต).2562 (เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค.2567);33:62-87. เข้าถึงได้จาก <https://shorturlasia/H9j84>
9. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, วิบูลย์ เรืองชัยนิยม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 22:58-71.
10. พรทิพย์ เรืองฤทธิ์, สีนินาฏ หงส์ระนัย. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2565; 4:44-54.
11. ศีตรา มยุชโชติ, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ. ผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.วารสารแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์. 2564; 36:35-44

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

12. จริญญา วรรณโชติ. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. ปีที่ 22. (ฉบับที่ 1) กันยายน 2553-กุมภาพันธ์ 2554
13. อัสมะ จารู. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การผดุงครรภ์).สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
14. ศูนย์อนามัยที่ 11. แบบทดสอบความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.(ออนไลน์). Available form: https://hpc11.go.th/web60/cluster_child60/wpcontent/uploads/2016/11/6FlowChart_Preturm2554.doc
15. วีรดา สุวะมาตย์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อการรับรู้พฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด Available from:<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20231227122054.pdf>
16. บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
17. Cohen.J.(1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences(2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
18. อรุณ จิรวัดน์กุล.(2548). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
19. สวาง เทียกมูล. ผลของโปรแกรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ. Available from: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240131124121.pdf>
20. น้ำผึ้ง นันทวงศ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโรงพยาบาลชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร. 2565;42(2):69-81
21. กัญญา ทูลธรรม, สุภาพร สุภาพรวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2566(2);76-88
22. Orem, D.E.(1995), Nursing: concepts of practices (5th ed.). St.Louis: Moaby Year Book.

ผลของการประคบเย็นต่อการลดปวดและระยะเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ศุภมาส เชื้อเมืองพาน*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ความเย็นต่อการลดปวดและลดระยะเวลาในการเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครรภ์แรกในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่อยู่ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ณ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2566 – มกราคม 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คืออายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และระยะรอคลอด ไม่ได้รับยาเร่งคลอด และไม่ได้รับยาบรรเทาปวด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง และหลังส่วนล่าง โดยใช้ถุงประคบเย็นที่มีอุณหภูมิประมาณ 10-15 องศาเซลเซียส ประคบนาน 20 นาที พัก 40 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เริ่มทำการทดลองเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร จนปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบบันทึกความเจ็บปวดแบบ Numeric Pain Rating Scale วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง และหลังส่วนล่าง สามารถบรรเทาความเจ็บปวด และช่วยลดระยะเวลาของผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอดให้สั้นลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา โดยใช้ความเย็นจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการลดปวดในระยะคลอดได้

คำสำคัญ: ความปวด การประคบเย็น ระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดครรภ์แรก

*โรงพยาบาลแม่สรวย

Corresponding Author: Supamas Chuamuangphan E-mail: Supamas@72520@gmail.com

Received: 18 June 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 28 December 2024

The effects of cold compresses on pain reduction and labor duration in primigravida at Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province

Supamas Chuamuangphan*

ABSTRACT

The research was quasi-experimental. The aim was to study the effects of cold compresses on pain reduction and labor duration in primigravida's at Mae Suai Hospital, Chiang Rai Province.

The subjects were primigravida's in the active phase of labor in Mae Suai Hospital Chiang Rai Province between November 2023 - January 2024. Selection of purposive sample according to specified characteristics: gestational age of 37-42 weeks, no complications during pregnancy and first stage of labor, no medication to induce labor and no medication to relief pain. The subjects were composed of 40 pregnant women assigned to experimental and control groups (20 subjects per group). The experimental group received cold compresses in the lower abdomen and lower back using cold compress bags with a temperature of about 10-15 degrees Celsius for 20 minutes, rest for 40 minutes until the cervix was dilated at 10 centimeters and the control group received routine care only. The experiment begun when the cervix had dilated to 4 centimeters open until the cervix was dilated at 10 centimeters. Pain was assessed using the Numeric Pain Rating Scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and independent t-test.

The findings revealed the following: The experimental group had significantly lower mean pain scores than the control group ($p < 0.05$) and had significantly shorter labor duration than the control group ($p < 0.05$). The findings of this study demonstrate that cold compress application in the lower abdomen and lower back areas was able to ease pain and shorten the time for labor duration in women with statistical significance. Therefore, nonpharmacological pain relief by using cold compresses is another option for reducing labor pain.

Keywords: pain, cold compress, Labor pain, Primigravidas

*Mae Suai Hospital

Corresponding Author: Supamas Chuamuangphan E-mail: Supamas@72520@gmail.com

Received: 18 June 2024 Revised: 19 December 2024 Accepted: 28 December 2024

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกตามธรรมชาติที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความปวดในระยะคลอดเป็นความรู้สึกกดดันและทุกข์ทรมานสำหรับผู้คลอด ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย วิตกกังวล เหนื่อยล้าอ่อนเพลียทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ เป็นผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูก แรงบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในการผลักดันให้ทารก และรกคลอดออกจากโพรงมดลูก ทำให้เกิดความเจ็บปวด¹ ระยะที่หนึ่งของการคลอดเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงไปจนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตรเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดในกระบวนการคลอด และเป็นระยะที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดรุนแรงที่สุด² ผู้คลอดครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ยของเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดเท่ากับ 15 ชั่วโมง โดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 6-8 ชั่วโมง ระยะนี้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดเล็กน้อยสามารถทนได้ ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 6-8.5 ชั่วโมง ในระยะนี้ผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดรุนแรง วิตกกังวล และเกิดความกลัว ซึ่งความกลัวการคลอดทำให้ร่างกายหลั่งสาร catecholamine ยิ่งทำให้ระดับความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น มดลูกหดตัวลดลง และเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง³ เมื่อเกิดความปวดที่รุนแรงจะเกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งแคททีโคลามีน คอร์ติโคสเตอรอยด์ และอะซิติลโคลีน ไทรอยด์ฮอร์โมน (Acetylcholine thyroid hormone) มีผลทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ทำให้การเปิดขยายของปาก

มดลูกช้า และส่งผลให้ระยะที่ 1 ของการคลอดล่าช้า⁴

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าของการจัดการความปวดจากการเจ็บครรภ์ และมีหลากหลายวิธีในการบรรเทา ความปวดเพื่อหวังผลให้ผู้คลอดได้บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดลง และให้ผู้คลอดสามารถผ่านความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความกังวลเกี่ยวกับการคลอด โดยเฉพาะในระยะ Active phase ซึ่งผู้คลอดต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดรุนแรงอยู่นานหลายชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้คลอดสามารถจัดการความปวด เผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ การบรรเทาความปวดเป็นกระบวนการเพื่อลดความกลัว ความเครียด และความปวด องค์ประกอบของการบรรเทาความปวดนั้นประกอบด้วย การประเมินความปวด การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา และใช้ยา ซึ่งการใช้เทคนิคบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทหลักของพยาบาลในห้องคลอด และเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระในการให้การพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวด การลดปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมีหลายวิธี ความเย็นก็เป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดอีกวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ⁵

การใช้ความเย็นเพื่อลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดเป็นวิธีทำให้ความปวดลดลงซึ่งมีกลไกที่หลากหลาย โดยความเย็นจะมีปฏิกิริยาที่ปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) และที่ปลาย

เส้นประสาท (peripheral nerve fiber) เป็นผลให้เพิ่มจุดเริ่มรับรู้ความเจ็บปวด (pain threshold) และจะไปลดศักยภาพในการทำงานของตัวรับสัมผัสที่ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดในบริเวณที่ได้รับ ความเย็น ทำให้การส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดของประสาทรับความรู้สึกช้าลง หลอดเลือดบริเวณนั้นหดตัวลดการไหลเวียนเลือดมาสู่บริเวณที่ได้รับ ความเย็น และลดเมตาบอลิซึมของเซลล์ที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้การสร้างสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดลดลง⁶ นอกจากนี้ความเย็นยังทำให้ปิดประตูความเจ็บปวดจากทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ความเย็นช่วยลดความเร็วในการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด ทำให้กระแสประสาทความเจ็บปวดจากบริเวณที่ประคบด้วยความเย็นส่งไปที่ไขสันหลังบริเวณ Thoracic 10-11-12 และ lumbar 1 ลดลง และส่งไปที่สมองลดลงด้วย จึงทำให้ผู้คลอดรับรู้ถึงความเจ็บปวดลดลง³

การศึกษาเรื่องผลของการประคบเย็นที่ผ่านมา มีนักวิชาการหรือบุคลากรด้านสุขภาพได้ศึกษาไว้ เช่น จากการศึกษาของปาริชาติ ชูประดิษฐ์ และวีรวรรณ ภาษาประเทศ ศึกษาเกี่ยวกับผลของการประคบเย็นต่อความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความปวด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรกพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการประคบเย็นมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าผู้คลอด ที่ไม่ได้รับการประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ ทรงยศ และคณะ ที่ศึกษาผลของเข็มขัดประคบเย็นต่อการลดความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับยาเร่งคลอด โดยใช้เข็มขัดประคบเย็น

อุณหภูมิ 10-15 องศาเซลเซียส ใส่เข็มขัดประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง ประคบนาน 15 นาที ห่าง 15 นาทีจึงประคบซ้ำอีก พบว่า กลุ่มที่ได้รับการลดความปวดด้วยเข็มขัดประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁵

โรงพยาบาลแม่สรวย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในอำเภอแม่สรวยและอำเภอใกล้เคียง งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สรวยให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และระยะหลังคลอด จากสถิติในปี 2564, 2565 และ 2566 มีผู้มาคลอดจำนวน 453,422,395 รายตามลำดับ และแบ่งเป็นครรภ์แรกปี 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 116,119,117 รายตามลำดับ⁷ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยพบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกหรือกลุ่มผู้คลอดครรภ์หลังมีความกังวลเมื่อมีระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง ไม่สามารถปฏิบัติตัวในการจัดการความปวดระยะรอคลอด และเผชิญความปวดไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้ ร้องครวญคราง หายใจถี่ขึ้น โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกซึ่งไม่เคยผ่านประสบการณ์ การคลอดมาก่อน การหดตัวของมดลูกที่ถี่และรุนแรงขึ้นทำให้เกิดการรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่รุนแรงมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง³ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้ความเย็น ในระดับอุณหภูมิที่พอเหมาะสามารถลดความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดได้ ดังนั้น ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลประจำงานการพยาบาลผู้คลอดจึงได้ศึกษาวิธีลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ในผู้คลอดครรภ์แรก โดยการปรับใช้ถุงประคบเย็นที่ประดิษฐ์ขึ้นวางตรงจุดเป้าหมายที่ปวด เพื่อให้ผู้คลอดลดปวดและสามารถเผชิญความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะเจ็บครรภ์คลอด
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู่⁵ ความเย็นทำให้ปิดประตูความเจ็บปวด ช่วยลดความเร็วในการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด ทำให้กระแสประสาทความเจ็บปวดจากบริเวณที่ถูกประคบด้วยความเย็นส่งไปที่ไขสันหลัง และสมองลดลง จึงทำให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดลดลง ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย การหดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ปากมดลูกเปิดขยายได้เร็วขึ้น ระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดจึงสั้นลง ดังแสดงในภาพที่ 1

ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอด จึงสนใจศึกษาการประคบด้วยความเย็น โดยประดิษฐ์ถุงผ้าใส่แผ่นเจลแช่เย็นมาประยุกต์ใช้ในการลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดของมารดาครรภ์แรก เชื่อว่า การประคบเย็น สามารถลดปวด และลดระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

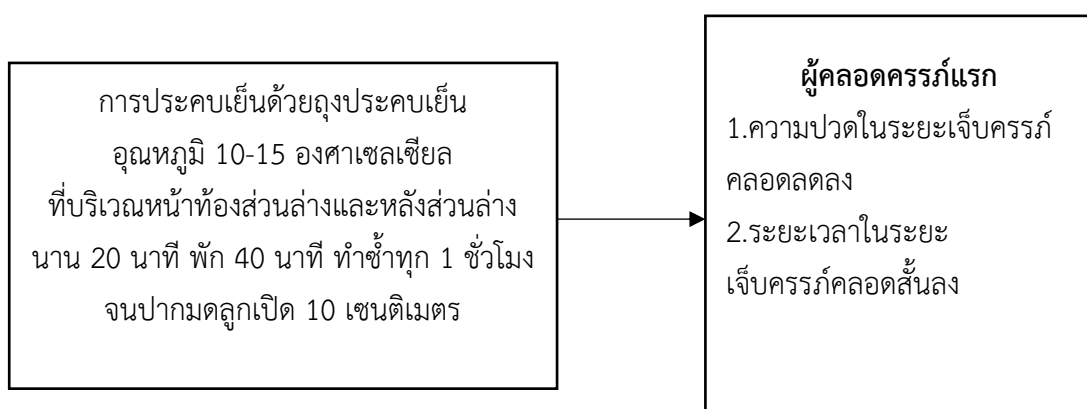
รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สรวย

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สรวย

คัดเลือกเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1.เป็นผู้คลอดครรภ์แรกอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์
- 2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และระยะรอคลอด
- 3.อยู่ในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4 เซนติเมตร
- 4.ไม่ได้ยาแรงคลอด
- 5.ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 1 ของการคลอด เช่น มีอาการแสดงของทารก ขาดออกซิเจน น้ำคร่ำมีสีเขียวปน เป็นต้น และมีความดันโลหิตสูงขึ้นขณะประคบเย็น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้อำนาจการทดลอง power analysis ที่ระดับ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ significant level .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยคำนวณจากการศึกษาของ อูมา สวรรค์ ชูหาและคณะ(2560)³ ได้ค่า effect size = .96 แล้วนำมาเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1992) โดย power =.80, α = .05, effect size = large ใช้กับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean difference) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างละ 19 คนและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

การจัดกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยให้การดูแล ดังนี้คือ

กลุ่มควบคุม คือ ผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของงานพยาบาลผู้คลอด ได้แก่ สอนการหายใจ บรรเทาปวด การลูบหน้าท้อง การเปลี่ยนท่าเมื่อรู้สึกเจ็บปวด

กลุ่มทดลอง คือ ผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของงานพยาบาลผู้คลอด ร่วมกับการใช้ถุงประคบเย็น

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ถุงประคบเย็น ที่ผู้วิจัยประดิษฐ์ขึ้นเพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ในการลดปวดแผ่นหลังชนิดเย็น ขนาดกว้าง 20 เซนติเมตรและยาว 30 เซนติเมตร เครื่องวัดอุณหภูมิ และนาฬิกาจับเวลา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 รายการ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ศาสนา สถานภาพสมรส และอาชีพ และสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์ และการคลอด

2.แบบวัดความรู้สึกเจ็บปวด แบบ Numeric Pain Rating Scale ⁸

3.ตารางบันทึกคะแนน Pain Scores เป็นตารางบันทึกคะแนน Pain Score ซึ่งประกอบด้วยระยะเวลาการเปิดขยายปากมดลูก ระดับความปวดหลังให้บริการตามปกติในกลุ่มควบคุม และหลังใช้ถุงประคบเย็นในกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)**

1.แผ่นเจลประคบเย็นขนาดกว้าง 20 เซนติเมตรและยาว 30 เซนติเมตร สามารถให้อุณหภูมิ

ที่ -29 ถึง 100 องศาเซลเซียส³ ทดสอบการแตกตัวของแผ่นเจล ให้ความเย็นโดยการแช่ในตู้เย็นที่ใช้ในครัวเรือนทั่วไปที่ได้มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมตู้เย็น ซึ่งแช่แผ่นเจลในช่องแช่ผักผลไม้ของตู้เย็น แช่นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงจะมีระดับอุณหภูมิ 10 องศาเซลเซียส

2. ผ้าห่มแผ่นเจลเป็นผ้าสำลีขนาดพอดีกับแผ่นเจล ความหนา 2 มิลลิเมตร ตัดเย็บพอดีห่มแผ่นเจลประคบและชุบน้ำหมาดบริเวณที่สัมผัสกับผิวหนัง มาทดสอบกับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ขณะประคบเย็นจะวัดอุณหภูมิ ทุก 1 นาที ต่อเนื่องนาน 20 นาที ทำการประเมินการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิผิวสัมผัสบริเวณที่ทำการประคบต่อเนื่องนาน 20 นาที จะมีระดับอุณหภูมิบริเวณผิวสัมผัสในช่วง 10-15 องศาเซลเซียส และไม่พบอันตรายต่อผิวหนังบริเวณที่ทำการประคบ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทดสอบความตรงของเนื้อหา นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สรวย และแพทย์ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลแม่สรวย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความเที่ยงตรงของเนื้อหา แล้วนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ได้เท่ากับ 0.90

หลังการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

มาตรวัดระดับความเจ็บปวด Numeric Pain Rating Scale ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากแบบวัดความเจ็บปวดนี้เป็นแบบวัดสากลที่มีใช้ทั่วไปมานานแล้ว ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปให้ผู้คลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างตอบ 2 ครั้ง (Retest) ในเวลาใกล้เคียงกันตอบ 20 ราย ตอบตรงระดับความปวดเดิม 19 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95

วิธีรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวย

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด และแพทย์ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลแม่สรวย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.2 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกดังนี้

เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันแรก แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทำหนังสือชี้แจงในกลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในคำชี้แจง และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการทั้งสองกลุ่มดังนี้คือ

2.2.1 กลุ่มควบคุมประเมิน pain score ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ คือ สอนเทคนิคการบรรเทาปวด เช่น การหายใจบรรเทาปวด การลูบหน้าท้อง การเปลี่ยนท่าเมื่อรู้สึกปวด เมื่อผู้คลอด ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ประเมินปวดหลังให้การพยาบาลทุก 15 นาที และประเมินความปวดทุก 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องจนปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร

2.2.2 กลุ่มทดลองดำเนินการเหมือนกลุ่มควบคุมร่วมกับการใช้ถุงประคบเย็นอุณหภูมิ 10-15 องศาเซลเซียสจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้ความเย็นบรรเทาความปวดในการคลอด ตำแหน่งที่เหมาะสม คือ หน้าท้องส่วนล่างและหลังส่วนล่าง ระดับอุณหภูมิที่เหมาะสมในการบรรเทาความเจ็บปวด คือ 10-15 องศาเซลเซียส ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ 20-30 นาที⁹ เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) จะให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบ Numeric Pain Rating Scale ก่อนได้รับการประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง และหลังส่วนล่าง โดยใช้ถุงประคบเย็นที่มีอุณหภูมิประมาณ 10-15 องศาเซลเซียสประคบนาน 20 นาที พัก 40 นาทีแล้วเริ่มประคบใหม่ จากนั้นให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดซ้ำทันทีหลัง

ประคบเย็นทุกครั้ง ทำไปเรื่อยๆ ทุก 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร และประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ หรือมีอาการเจ็บครรภ์คลอดถี่ขึ้น รุนแรงขึ้น หรือผู้คลอดรู้สึกอย่างเบ่ง และบันทึกเวลาที่ปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตรไว้เปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่ใช้ถุงประคบเย็นกับกลุ่มที่ไม่ใช้ถุงประคบเย็นในระหว่างที่ประคบเย็นให้สังเกตผิวหนังบริเวณที่ประคบทุก 5 นาที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการประคบเย็น เช่น ผิวหนังแดง โดยผู้วิจัยคอยดูแลผู้คลอดตลอดเวลา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติอ้างอิงโดยการทดสอบค่าที (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบความปวดและระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้รับหมายเลขรับรอง 174 / 2566 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-25 ปี ร้อยละ 65 และร้อยละ 70

ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55 และร้อยละ 40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 60 และร้อยละ 55 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่มทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบ

อาชีพแม่บ้านเท่ากันคือ ร้อยละ 45 กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น มีรายได้พอใช้จ่ายร้อยละ 100 สำหรับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีรายได้พอใช้จ่ายร้อยละ 95 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มได้รับการประคบเย็น (n=20)	กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ (n=20)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
20-25 ปี	13 (65.00)	14 (70.00)
>25-30 ปี	6 (30.00)	5 (25.00)
>30-35 ปี	1 (5.00)	1 (5.00)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4 (20.00)	4 (20.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	11 (55.00)	8 (40.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5 (25.00)	7 (35.00)
ปริญญาตรี	0 (0.00)	1 (5.00)
ศาสนา		
พุทธ	8 (40.00)	9 (45.00)
คริสต์	12 (60.00)	11 (55.00)
สถานภาพสมรส		
โสด	0 (0.00)	0 (0.00)
สมรส	20 (100.00)	20 (100.00)
หย่าร้าง	0 (0.00)	0 (0.00)
อาชีพ		
รับจ้าง	4 (20.00)	1 (5.00)
ค้าขาย	1 (5.00)	1 (5.00)
ประกอบอาชีพอิสระ	0 (0.00)	4 (20.00)
เกษตรกร	6 (30.00)	5 (25.00)
แม่บ้าน	9 (45.00)	9 (45.00)
รายได้		
พอใช้จ่าย	20 (100.00)	19 (95.00)
ไม่พอใช้จ่าย	0 (0.00)	1 (5.00)

2.ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบเย็น และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่อง อายุ ตัว อายุครรภ์ ส่วนสูง และน้ำหนัก ดังนั้นกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีอายุเฉลี่ย 22.35 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 39.03 สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ย 64.15 กิโลกรัม และส่วนสูงเฉลี่ย 157.45 เซนติเมตร ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอายุเฉลี่ย 22.60 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 39.37 สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ย 65.50 กิโลกรัม และส่วนสูงเฉลี่ย 157.15 เซนติเมตร สำหรับค่าดัชนีมวลกายทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.88 และ 26.48 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

3.จากการศึกษาพบว่า ในระยะเจ็บครรภ์คลอด กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีคะแนนความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.39 ดังตารางที่ 3

4.จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ยเท่ากับ 3 ชั่วโมง 41 นาที ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ยเท่ากับ 4 ชั่วโมง 46 นาที ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ					กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น					t	p-value
	จำนวน	Min	Max	Mean	SD	จำนวน	Min	Max	Mean	SD		
อายุตัว	20	20	32	22.60	2.91	20	20	31	22.35	2.77	0.421	0.678
อายุครรภ์	20	37.00	41.50	39.37	1.22	20	37.00	41.20	39.03	1.13	0.990	0.334
น้ำหนัก	20	58.00	76.00	65.50	5.21	20	56	74	64.15	5.08	1.748	0.097
ส่วนสูง	20	150	168	157.15	4.56	20	150	167	157.45	4.49	0.533	0.600
BMI	20	24.50	29.10	26.48	1.20	20	24.03	28.57	25.88	1.26	2.214	0.039*

*p-value <0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น

กลุ่ม	จำนวน	Pain scores (10 คะแนน)		t	p-value
		Mean	SD		
การดูแลตามปกติ	20	5.39	1.219	4.502	0.006*
การประคบด้วยความเย็น	20	4.42	0.795		

*p-value <0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มได้รับการประคบเย็น

กลุ่ม	จำนวน	ระยะเจ็บครรภ์คลอด		t	p-value
		Mean	SD		
การดูแลตามปกติ	20	286 (4 ชั่วโมง 46 นาที)	24.794	10.747	<0.001**
การประคบด้วยความเย็น	20	221 (3 ชั่วโมง 41 นาที)	16.827		

**p<0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1.การลดความปวดในระยะคลอด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีคะแนนความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีคะแนนความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดเท่ากับ 5.39 อธิบายได้ว่า ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ความเจ็บปวดมีสาเหตุมาจากการหดตัวของมดลูกที่ถี่และรุนแรง การยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง ทำให้เกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก C fiber โดยกระแสประสาทจะถูกส่งไปตามไขสันหลังบริเวณ Thoracic 10-12 และ Lumbar1 แล้วจึงส่งไปที่สมองทำให้รับรู้ถึงความเจ็บปวดที่บริเวณหน้าท้องส่วนล่าง และบริเวณก้นกบ⁶ เมื่อมีการประคบเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง และบริเวณก้นกบ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนัง โดยความเย็นที่มากพอ จะไปกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ยับยั้งหรือลดการนำกระแสประสาทขนาดเล็ก C fiber ที่ส่งไปตามไขสันหลังลดลง ส่งผลให้สมองรับรู้ถึงความเจ็บปวดลดลงตามทฤษฎีควบคุมประตู¹⁰ ดังนั้นผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นจึงมี ความเจ็บปวด

ในระยะเจ็บครรภ์คลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเย็น สอดคล้องกับการศึกษาของอูมาสวรรค์ ชูหา และคณะ ที่พบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5 จาก 10 คะแนน³ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ ทรงยศ และคณะ ได้ศึกษา ผลของเข็มขัดประคบเย็นต่อการลดความปวดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับยาเร่งคลอด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการลดความปวดด้วยเข็มขัดประคบเย็น ร่วมกับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการลดความปวดด้วยเข็มขัดประคบเย็น มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)⁵

2.ระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) โดยกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นมีระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ย

เท่ากับ 3 ชั่วโมง 41 นาที ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ยเท่ากับ 4 ชั่วโมง 46 นาที อธิบายได้ว่า การบรรเทาความปวดนอกจากจะช่วยลดความปวดของผู้คลอดในระยะคลอดแล้วยังช่วยให้ผู้คลอดมีจิตใจอารมณ์ที่ผ่อนคลายมากขึ้น ทั้งนี้ยังช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้คลอดให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์ที่ดีกับการคลอด ส่งเสริมให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น โดยยับยั้งวงจร fear-tension-pain ลดการทำงานของประสาท sympathetic และเพิ่มการทำงานของระบบประสาท parasympathetic ลดการหลั่งของ Catecholamines และ epinephrine³ จึงทำให้หลอดเลือดขยายตัว เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ รวมทั้งสมองและกล้ามเนื้อ มดลูกผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย การหดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพ¹⁰ จึงทำให้ปากมดลูกเปิดขยายได้เร็วขึ้น ระยะเวลาในระยะ active phase จึงสั้นลง สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาสรรค์ ชูหา และคณะ ที่พบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยแผ่นเจลเย็นบริเวณหน้าท้องส่วนล่างและหลังส่วนล่าง มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้ระยะเวลาในระยะ active phase สั้นลง³

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ ต้องขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวย ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ตลอดจนทีมบุคลากรงานการพยาบาลผู้คลอด และผู้คลอดที่เข้าร่วมวิจัยทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดีจนงานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษา ผลของการประคบเย็นต่อการลดปวดและระยะเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่า การประคบเย็นสามารถลดการเจ็บปวด และลดระยะเวลาในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล การลดปวดโดยใช้ความเย็น ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่มารดาและทารกในระยะคลอด และยังเป็นวิธีที่ง่ายและประหยัด จึงควรมานำใช้ในการพยาบาลเพื่อลดปวดในระยะคลอด ด้านบริหาร ควรมีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการประคบเย็นให้เพียงพอ บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะในการประคบเย็นผู้คลอด

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ร่วมกับการบรรเทาปวดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ดนตรีบำบัด การนวด เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในมารดาครรภ์หลังเพื่อให้ครอบคลุมในผู้รับบริการในการลดความเจ็บปวดจากการคลอดและลดระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 ให้สั้นลง

เอกสารอ้างอิง

- 1.แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุตา งามข้า. การจัดการความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานทฤษฎี

เชื่อมโยงระบบประสาท.วารสารสมาคมแห่งประเทศไทย.
2562;25:3-9

2.พัชรินทร์ เงินทอง. การพยาบาลมารดา ทารก และ
การผดุงครรภ์ 2. เอกสารวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเชียงราย รหัสรายวิชา 59302.ภาคการศึกษา
ที่ 1 ปีการศึกษา 2566; 3-6

3.อุมาสวรรค์ ชูหา,กษพร ทิพย์มาตร,เครือหยก แยม
ศรี,วรรณิ สิริสุนทร,ราตรี ช่วยสุข และพิมพ์รดา ทานะ
ผล.มูลเหตุผลของการใช้ความเย็นต่อความปวด
ระยะเวลาระยะปากมดลูกเปิดเร็วของมารดาครรภ์
แรก.การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย
ระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2. การวิจัย 4.0
เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน.
2560;1036-1041.

4.ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี. ความปวดและการจัดการ
ความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด.เอกสารวิชาการ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. สมาคม
สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระ
ราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรม
ราชกุมารี. 2560; 6:160-162.

5.วิลาวัลย์ ทรงยศ,วรพรรณ คงเนียม,เบญจวรรณ
ภาคอารีย์ และจิราภรณ์ ปราบดิน.ผลของเข็มขัด
ประคบเย็นต่อการลดความปวดในผู้คลอดครรภ์แรกที่
ได้รับยาแรงคลอด.วารสารวิชาการการแพทย์เขต.
2560; 31:192-196.

6.ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ และวีรวรรณ ภาษาประเทศ.
ผลของการประคบเย็นต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรม
การเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
ของมารดาครรภ์แรก. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สงขลา. 2548.

7.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลแม่สรวย. รายงานสถิติ
ประจำปี 2566.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลแม่สรวย
2566:6-7.

8.กาญจนา สี สัมฤทธิ์. Pain Management.วิชาการ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. [อินเทอร์เน็ต].2566.

[เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2566]; 11-13. เข้าถึงได้จาก:
https://murse.pmk.ac.th/stories/data_academic.

9.วิลาวัลย์ ทรงยศ,วรพรรณ คงเนียม,เบญจวรรณ
ภาคอารีย์ และจิราภรณ์ ปราบดิน.ผลของเข็มขัด
ประคบเย็นต่อการลดความปวดในผู้คลอดครรภ์แรกที่
ได้รับยาแรงคลอด.วารสารวิชาการการแพทย์เขต.
2560; 31:192-196.

10.กตिका นวพันธุ์. การคลอดยาก. ในประภัทร วานิช
พงษ์พันธุ์,กุลศ รัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์
(บรรณาธิการ). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ. พี เอ ลีฟวิ่ง
จำกัด. 2560 : 325-339

ผลกระทบของการบริโภคอาหารแปรรูปขั้นสูงต่อสุขภาพ: การทบทวนวรรณกรรม

อนุรักษ์ ศรีใจ*

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของการบริโภคอาหารแปรรูปขั้นสูงต่อสุขภาพ โดยค้นหาข้อมูลผลการวิจัยจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Mendeley, Web of Science และ Google Scholar ครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 – 2567 โดยใช้คำค้นหา เช่น “อาหารแปรรูปขั้นสูงกับสุขภาพ”, “ผลกระทบของอาหารแปรรูปต่อสุขภาพ”, “บริโภคอาหารแปรรูปกับผลต่อสุขภาพ” และคัดเลือกวารสารที่เกี่ยวข้องโดยระบบการจำแนก NOVA เป็นระบบการจำแนกอาหารที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยนักโภชนาการและนักวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อการวิเคราะห์การประมวลผลอาหารและผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลการวิจัย ชี้ให้เห็นว่า UPF ส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายด้าน ดังนี้ การเพิ่มความเสี่ยงโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก การเพิ่มความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในผู้ใหญ่ การเพิ่มความเสี่ยงโรคระบบไหลเวียนโลหิต เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก การเพิ่มความเสี่ยงโรคลำไส้อักเสบโดยเฉพาะในผู้ชาย การเพิ่มความเสี่ยงโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งเต้านมซึ่งเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจน การเพิ่มความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การเพิ่มความเสี่ยงต่อผลกระทบทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และลดปริมาณเนื้อเยื่อสีเทาในสมองบางส่วน โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะอ้วน

สรุปผลการวิจัย การบริโภค UPF ส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยรวม ควรลดการบริโภค UPF หันมาบริโภคอาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อยหรือไม่ผ่านการแปรรูป เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว โปรตีนจากธรรมชาติ

Keywords: อาหารแปรรูปขั้นสูง, สุขภาพ, โรคเรื้อรัง, ผลกระทบทางสุขภาพ

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Anurak Srijai E-mail: srijai.rujirada@gmail.com

Received: 25 July 2024 Revised: 25 November 2024 Accepted: 28 December 2024

Impact of Ultra Processed Food (UPF) Consumption on Health: A Literature Review

Anurak Srijai*

ABSTRACT

This research article aims to review the literature on the impact of ultra-processed food (UPF) consumption on health. Studies conducted between 2020 and 2024 were sourced from databases such as PubMed, Scopus, Mendeley, Web of Science and Google Scholar using search terms like "ultra-processed food and health," "health impacts of processed food." and "processed food consumption and health effects". The NOVA classification system, developed by nutritionists and public health researchers, is a framework designed to categorize foods based on the extent and purpose of their processing. It serves as a valuable tool for analyzing food processing levels and their implications for health outcomes.

The findings indicate that UPF consumption adversely affects health in several ways. These include increased risk of obesity and overweight in both adults and children, heightened risk of type 2 diabetes (particularly in adults), and elevated risk of cardiovascular diseases (including coronary heart disease, stroke, and hypertension) in both populations. Furthermore, UPF consumption is associated with a significant increase in the risk of inflammatory bowel disease (especially in men) and certain cancers (such as estrogen-related breast cancer). Pregnant women are also at increased risk of health complications. Additionally, UPF consumption is linked to a reduction in the volume of grey matter in certain brain areas, particularly in individuals with obesity.

In conclusion, UPF consumption has a detrimental effect on overall health. To mitigate these risks and promote well-being, it is recommended to reduce the intake of UPFs and prioritize a diet rich in minimally processed or unprocessed whole foods such as vegetables, fruits, whole grains, nuts, and natural sources of protein.

Keywords: Ultra-processed food, health, chronic diseases, health impacts

* Chiang Rai Provincial Health Office

Corresponding Author: Anurak Srijai E-mail: srijai.rujirada@gmail.com

Received: 25 July 2024 Revised: 25 November 2024 Accepted: 28 December 20

Introduction

In the contemporary era, populations around the world are increasingly leading fast-paced lives, prioritizing convenience and efficiency. As a result, ultra-processed foods (UPFs) have become a significant component of modern diets globally. These foods undergo extensive industrial processing and often contain additives such as preservatives, artificial colors, and flavor enhancers to improve their appeal and extend shelf life. While UPFs offer convenience, numerous studies have highlighted their association with chronic health conditions, particularly obesity and type 2 diabetes, which are rising at an alarming rate both globally and in Thailand.^{1,2}

The World Health Organization (WHO) reported in 2023 that over 1.9 billion adults worldwide are overweight, with more than 650 million categorized as obese. This trend is strongly linked to the increased consumption of UPFs.³ Additionally, type 2 diabetes affects over 462 million individuals globally, with higher prevalence observed in both developed and developing countries.⁴ In Thailand, data from the Ministry of Public Health in 2021 highlighted that 37% of the population is overweight, while 9.6% meet the criteria for obesity. Urban consumers of UPFs are at a higher risk compared to their rural counterparts.⁵ Type 2 diabetes prevalence is

also escalating in Thailand, affecting approximately 8.5% of the population, equating to over six million individuals in 2021.⁴

The increased consumption of UPFs reflects a shift in lifestyle patterns, emerging as a significant factor contributing to various health issues. This underscores the critical need for research and policy measures aimed at mitigating the adverse impacts associated with the consumption of such food products.

Objective

This study aims to review the literature on the impact of ultra-processed food (UPF) consumption on health.

Principles Concepts and Theory

The NOVA food classification system, devised by nutritionists and public health researchers, categorizes foods into four primary groups based on the extent and purpose of food processing to analyze the impact of food processing on health.^{6,7} The details are as follows:

Group 1: Unprocessed or Minimally Processed Foods (MPF)

Group 1 encompasses foods that have been harvested directly from nature and have undergone minimal or no processing. These foods are often categorized as "natural" or "whole" foods. Examples of Group 1 foods include fruits, vegetables, legumes, grains, nuts and seeds, eggs, milk, and fresh meat.

Group 2: Processed Culinary Ingredients (PCI)

Group 2 encompasses substances derived from Group 1 foods or directly from nature through processing methods such as pressing, grinding, milling, salting or fermentation. These substances include oils, fats, sugars, salts and other extracts from foods, primarily used for flavor enhancement and culinary applications.

Group 3: Processed Foods

Group 3 encompasses foods that have undergone further processing and often contain added ingredients, preservatives, and stabilizers. Examples of Group 3 foods include canned vegetables, canned fruits in syrup, fresh bread, cheese, and prepared meats.

Group 4: Ultra-processed Foods and Beverages

Group 4 encompasses highly processed foods and beverages that have undergone extensive transformations and often contain a combination of ingredients from Groups 2 and 3, along with additional additives. These products are typically designed to be appealing in taste, color, aroma, and texture, offering convenience and extended shelf life. They often include a multitude of chemical ingredients, such as added sugars, oils, fats, salts, flavorings, colorings, and sweeteners. Examples of Group 4 foods and beverages include soft drinks, snack foods, instant noodles, candy, processed meats (e.g., bacon, hot dogs), ready-to-eat meals, frozen pizzas, sugary cereals, and sweetened coffee drinks.⁸

The NOVA food classification system serves as a valuable tool for understanding the processing levels of foods and their potential impact on health. By emphasizing the consumption of minimally processed foods from Groups 1 and 2, the system aligns with recommendations for promoting well-being and reducing the risk of chronic diseases.

Research Methodology

Study Design: A literature review on the impact of ultra-processed food (UPF) consumption on health.

Objective Setting of the Research: To conduct a comprehensive literature review on the impact of ultra-processed food (UPF) consumption on health. The review aims to synthesize existing research and provide a clear understanding of the associations between ultra-processed food consumption and various health outcomes among the general population.

Data Sources: This research will utilize data from reliable academic databases including PubMed, Scopus, Mendeley, Web of Science, and Google Scholar. The search will focus on research articles related to the impact of ultra-processed food consumption.

Literature Search: To search for articles, use search terms such as "ultra-processed foods and health," "impact of processed foods on

health," and "health effects of ultra-processed food consumption" in the specified database. Adjust the search terms and use Boolean operators like AND, OR, and NOT to obtain more specific and comprehensive results.

Selection Criteria for Articles: A total of 100 articles were retrieved based on the search terms under specified conditions, comprising the following sources: PubMed (25 articles), Mendeley (25 articles), Scopus (18 articles), Web of Science (17 articles), and Google Scholar (15 articles). After undergoing a quality assessment process, 50 articles met the inclusion criteria and were selected to ensure the reliability and comprehensiveness of information regarding the impact of ultra-processed food consumption on health. The inclusion criteria for article selection were defined as follows:

Inclusion Criteria:

1. Research articles published in peer-reviewed academic journals between 2020 and 2024.
2. Articles that investigate food classification using the NOVA system, a widely recognized framework in the fields of nutrition and public health.
3. Studies focusing on the relationship between the consumption of ultra-processed foods and health outcomes.
4. Articles containing clear and appropriate statistical data and research methodologies.

A total of 21 research articles met the selection criteria.

Exclusion Criteria:

1. Research studies not published in peer-reviewed journals.
2. Studies with unclear research methodologies or lacking quantitative data to support their conclusions.
3. Articles focusing on specific population groups, such as children under five years old or specialized patient cohorts, which are not generalizable to the broader population.
4. Reports or articles that did not employ the NOVA system for analysis. A total of 29 articles were excluded based on these criteria.

Flowchart of the Article Selection Process for Data Analysis

1. Articles Initially Identified: A total of 100 articles were retrieved during the search process.
2. Articles Assessed for Quality: 50 articles underwent quality screening and evaluation.
 1. Articles Meeting Inclusion Criteria: 21 articles were selected based on the established inclusion criteria.
 2. Articles Excluded: 29 articles were excluded due to not meeting the specified criteria.
 3. Articles Included for Data Analysis: A total of 21 articles were finalized for data analysis.

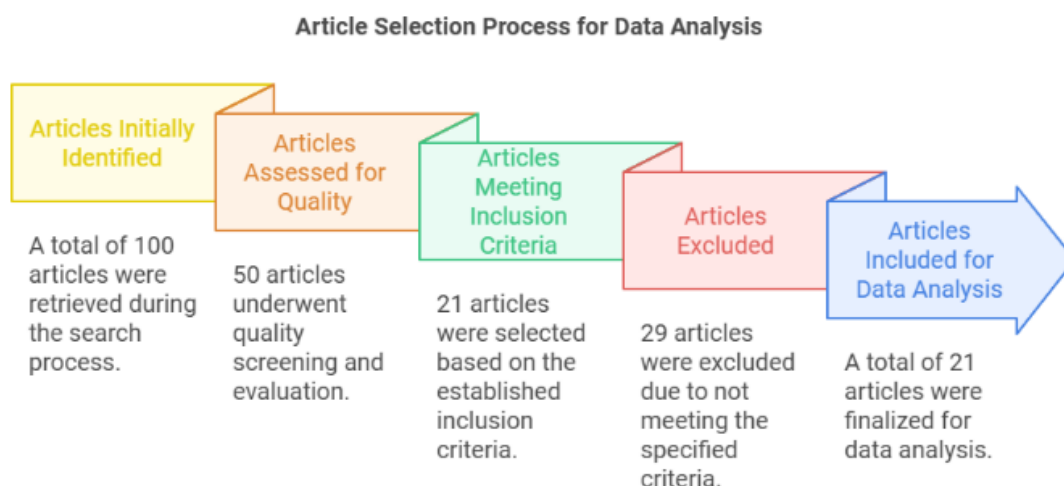


Figure 1 Flowchart of the Article Selection Process for Data Analysis

Credibility Assessment of All 21 articles

1. Peer-reviewed status: All 21 articles were selected based on stringent inclusion criteria and quality evaluation tools such as the Newcastle-Ottawa Scale (NOS) and AMSTAR, ensuring robust methodological rigor.
2. Database reliability: The majority of the articles (57%) were sourced from PubMed and Mendeley, two highly reputable databases widely recognized for their credibility and quality in academic and scientific research.
3. Publication timeline: All articles were published between 2020–2024, ensuring that the findings are current and relevant.
4. Consistency with inclusion criteria: Only articles with clear methodologies, robust statistical data, and strong relevance to ultra-processed foods and health impacts were included.

Data Extraction & Conceptual Framework:

The extraction process focuses on relevant data

from selected articles, including information on the studied population, characteristics of ultra-processed foods (UPF) analyzed, and their associated health impacts. This conceptual framework illustrates the relationship between UPF consumption and health outcomes, with findings categorized into three key domains: physical health, specific diseases, and mental health. The analysis prioritizes evidence-based findings to establish the connections, synthesizing the implications of UPF consumption on these domains. Finally, a comprehensive conclusion is drawn from the body of evidence reviewed.

Data Analysis

Employ content analysis to synthesize study findings and identify relationships between ultra-processed food consumption and health effects.

Conclusion and Discussion

Summarize the literature review findings, discuss key discoveries, research strengths and limitations, future research directions, and strategies to address health issues associated with ultra-processed food consumption.

Results and Discussion

This conceptual framework synthesizes research findings on the relationship between the consumption of ultra-processed foods (UPFs) and their multifaceted health impacts, categorized systematically based on academic principles and key findings. The framework hierarchically organizes these impacts, starting with physical health outcomes, and specific disease risks, and extending to mental health implications. Detailed analyses include the following dimensions:

1. Ultra-Processed Foods (UPF) and Obesity

The consumption of ultra-processed foods (UPFs) has been extensively studied as a significant factor linked to obesity in the general population. Multiple studies support this finding, albeit with variations in detail and population characteristics. For instance, a Canadian study involving 13,608 adults reported that high UPF consumption increased the risk of general obesity by 1.31 times compared to low consumption levels.⁸ Similarly, research conducted in South Korea,

which examined 8,097 adults, found that high UPF consumption was associated with a 1.34-fold increased risk of abdominal obesity.⁹ These findings reveal a consistent relationship between UPF intake and obesity among adults, despite differences in cultural contexts and dietary behaviors.

Among younger populations, a study of 364 children in Brazil demonstrated that high UPF consumption doubled the risk of developing "normal-weight obesity" (NWO), a condition characterized by normal body weight but disproportionately high body fat levels.¹⁰ This highlights that UPF impacts extend beyond weight gain to include imbalances in body fat distribution.

However, some research presents divergent observations, such as regional or population-specific variations in the relationship between UPF consumption and body mass index (BMI). Furthermore, the proportion of energy derived from UPFs appears to influence obesity prevalence differently. For instance, obesity prevalence rates of 35.4% for general obesity and 30.2% for abdominal obesity were reported when UPFs accounted for 17.9% of total energy intake.⁹ In

In conclusion, while most studies align in suggesting that UPF consumption is associated with increased obesity risk, variations in population characteristics and

cultural dietary patterns underscore the complexity of this relationship across different contexts.

2. Ultra-Processed Foods (UPF) and Type 2 Diabetes (T2D)

Type 2 diabetes (T2D), a significant global health concern, has been strongly associated with high consumption of ultra-processed foods (UPF). Numerous studies have corroborated this relationship, offering insights into the similarities and differences in their findings and contexts. For instance, a study involving 13,608 Canadian adults reported a 37% increase in the likelihood of developing T2D and a relative risk (RR) of 1.37 among high UPF consumers.⁸ This aligns with a 10-year longitudinal study in China involving 12,849 participants, which found that the highest UPF consumers exhibited a 1.21–1.49 times greater risk of T2D, depending on consumption levels.¹¹

Similarly, research conducted in the United Kingdom revealed that T2D risk increased by 1.12 times for every 10-unit increase in UPF intake.¹² However, notable differences were observed in South Korea, where studies focused on specific types of UPF, such as ham, sausages, and carbonated beverages. Here, the highest UPF consumers faced a 1.34-fold increased risk of T2D.¹³ Moreover, geographic disparities were evident; for example, older adults in urban areas

consumed significantly more UPF (146.1 g/day) than those in rural regions (126.6 g/day), likely reflecting differences in lifestyle and urban convenience.¹⁴

The convergence of findings underscores the critical role of UPF consumption in elevating T2D risk across diverse populations. However, variations in food types, dietary behaviors, and geographic contexts highlight the importance of cultural and lifestyle factors in determining T2D risk. These findings emphasize the need for tailored public health policies and further research that considers these multifaceted influences to address T2D effectively.

3. Ultra-processed foods (UPF) and cardiovascular disease

Hypertension: A growing body of evidence highlights a strong negative association between UPF consumption and cardiovascular health. One study indicates that adults consuming high levels of UPFs are 60% more likely to develop hypertension, with an odds ratio (OR) of 1.60 compared to those with lower UPF intake.⁹ Among women, another study revealed a 1.39-fold increased risk of hypertension linked to UPF consumption.¹⁵ These variations may reflect differences in dietary behaviors and health practices across populations.

Cardiovascular Health (CVH): The relationship between UPF consumption and

CVH appears robust. Studies confirm a positive correlation between the consumption of minimally processed foods (MPFs) and improved CVH. Conversely, UPF intake is consistently associated with adverse CVH outcomes, particularly among women and older adults.¹⁴ However, conflicting findings have emerged in specific subgroups, such as women, where the impact of UPFs on cardiovascular health remains inconclusive.¹⁶

Coronary Heart Disease (CHD) and Stroke: Increased UPF consumption is linked to heightened risks of CHD and stroke. A 10% rise in daily energy intake from UPFs corresponds to a 1.13-fold increase in the risk of non-fatal CHD, a 1.33-fold increase in severe CHD, and a 1.40-fold increase in stroke risk.¹⁷ Additionally, children and adolescents consuming high UPF levels face a significantly elevated CVD risk, with odds up to 3.77 times higher.¹⁸ These findings underscore the critical need for strategies to reduce UPF consumption across all age groups.

Conclusion Despite some variations in results due to differences in study populations, methodologies, and dietary contexts, the majority of research supports the conclusion that high UPF consumption elevates CVD risk. Further research is essential to develop tailored prevention strategies that address the unique needs of diverse

populations.

4. Ultra-Processed Food and Inflammatory Bowel Disease: IBD

The association between ultra-processed food (UPF) consumption and inflammatory bowel disease (IBD) reveals consistent findings in key aspects across studies, though differences emerge depending on population characteristics and study context. A longitudinal study of 185,849 participants in the United Kingdom, with a mean follow-up of 9.84 years, found that high UPF consumption significantly increased the risk of Crohn's Disease (CD) by 1.94 times and Ulcerative Colitis (UC) by 1.39 times. Furthermore, patients with the highest UPF consumption exhibited a 4.06-fold increase in surgical requirements compared to those with lower UPF intake, indicating a clear relationship between UPF consumption and IBD severity in large populations.¹⁹

Conversely, a study conducted in a tertiary care hospital involving 242 IBD patients demonstrated a positive association between UPF consumption and disease exacerbation, with a 2.24-fold increased risk of active disease. In contrast, unprocessed food consumption was inversely associated with disease activity. This finding corroborates the UK study while adding a preventive dimension, emphasizing the protective role of

natural foods.²⁰

When stratified by gender, research on 1,083 men and 8,826 women (HPFS, NHS, NHS II) found that processed meat and meat substitute consumption increased IBD risk by 1.07 times per serving among men, while no association was observed among women. These highlights potential gender differences in risk factors for IBD.²¹

Conclusion while these studies collectively support the hypothesis that UPF consumption elevates IBD risk, the extent of risk and associated factors vary by population and study context. Effective prevention and management strategies should therefore consider these diverse factors to address IBD comprehensively.

5. Ultra-Processed Food and Breast Cancer

Consumption of ultra-processed foods (UPFs) has been positively associated with an increased risk of breast cancer, as confirmed by multiple studies across various populations. For instance, one study reported that UPF consumption was associated with a 1.93-fold increase in the risk of overall breast cancer, with an even higher risk (2.44-fold) observed for estrogen-related breast cancer subtypes.²² Furthermore, findings from Latin America highlighted that high UPF consumption among young women significantly elevated breast cancer risk, particularly with the intake of

high-calorie UPFs such as sweet and salty snacks, breakfast cereals, and fast food.²³

However, variations in risk levels have been noted depending on demographic contexts and dietary behaviors. For example, a European study indicated that a 10% daily increase in UPF consumption was associated with a comparatively modest 1.12-fold increase in breast cancer risk. These differences may stem from variations in the types of UPFs consumed or population-specific nutritional profiles.⁶ Similarly, research from China observed a 1.37-fold increase in breast cancer risk among individuals with the highest UPF consumption levels, with sugary beverages and cakes identified as key contributors.¹¹

Conclusion while these studies collectively support the hypothesis that UPF consumption heightens breast cancer risk, the magnitude of risk and the specific UPF categories implicated vary across different populations. Further comparative research across regions may provide deeper insights into the complexity of these risk factors and their interactions.

6. Ultra-Processed Food and Pregnant

Research Findings on Ultra-Processed Food (UPF) Consumption Among Pregnant Women.

Similarities in Findings

1. Proportion of Energy from UPF: Research indicates an increase in the proportion of energy derived from UPFs during pregnancy. One study reported an increase from 28.9% pre-pregnancy to 33% during pregnancy,²⁴ aligning with another study that found the average energy contribution from UPFs in pregnant women to be approximately 32.1%.²⁵ These findings suggest that the increased UPF consumption during pregnancy may be driven by the need for convenient and readily available food options.

2. Association with Individual Factors: Multiple studies have consistently reported that older women tend to consume fewer UPFs.^{24,25} Additionally, women with higher levels of education or better socioeconomic status show a tendency to consume less UPF, likely due to greater health awareness in these groups.

Differences in Findings

1. Pre-Pregnancy BMI and Weight: Contrasting results have been observed regarding the relationship between pre-pregnancy BMI and UPF consumption. Some studies report that women with a higher BMI prior to pregnancy consume less UPFs²⁴,

whereas others find that women with lower pre-pregnancy weight tend to consume more UPFs.²⁵ These differences may be influenced by varying dietary behaviors across population subgroups.

2. Behavioral Factors: Research on women who smoked or were physically inactive before pregnancy suggests they are more likely to consume UPFs.²⁵ However, other studies did not find a strong correlation between these behaviors and UPF consumption.²⁴

Conclusion While these studies share similarities in identifying key factors influencing UPF consumption, variations in sample populations and study methodologies underscore the importance of contextual analysis to better understand the dietary behaviors of pregnant women in different settings and populations.

7. Ultra-Processed Food and Mental Health

Ultra-processed foods (UPFs), characterized by their convenience and widespread popularity, have been increasingly linked to deteriorating mental health outcomes, including depression, anxiety, and other psychological disorders. Comparative analysis of multiple studies enhances understanding of this critical issue.

Depression: A longitudinal study involving 183,474 participants demonstrated a significant association between high UPF consumption and an increased risk of depression, particularly in individuals with obesity, who exhibited a 1.5-fold higher prevalence of depressive symptoms compared to those with the lowest UPF intake.^{2 6} Conversely, research conducted among European older adults suggested that the relationship between UPF consumption and depression may weaken when considering confounding factors such as socioeconomic status and physical activity levels.²⁷

Anxiety: Several studies have reported a consistent trend where individuals with the highest UPF consumption showed elevated risks of anxiety disorders compared to those with the lowest intake.²⁸ This risk was more pronounced in overweight individuals. However, a study from China highlighted variability in risk depending on UPF type, with snack foods and sugar-sweetened beverages exerting a stronger influence than other categories.¹¹

Brain Structure Changes: Reduced gray matter volume in brain regions such as the amygdala and frontal cortex has been observed in individuals with the highest UPF intake^{2 7}, correlating with symptoms of depression and anxiety. However, studies on certain older populations reported no

significant structural brain changes, potentially due to the complex interactions between UPF consumption and factors such as age or genetic predispositions.²⁶

Conclusion while numerous studies converge on the negative impacts of high UPF consumption on mental health, variations exist regarding the affected populations and specific food categories. Further research across diverse contexts is essential to provide a more comprehensive understanding of this relationship.

Research Summary

1. Ultra-processed foods (UPF) consumption is associated with obesity and overweight status in both adults and children.

2. Ultra-processed foods (UPF) consumption significantly increases the risk of type 2 diabetes (T2D), especially in adults.

3. Ultra-processed foods (UPF) consumption correlates with an increased risk of cardiovascular diseases (CVDs) in both adults and children, including coronary heart disease (CHD), stroke, and hypertension.

4. Ultra-processed foods (UPF) consumption is linked to an increased risk of developing inflammatory bowel disease (IBD), particularly in males, and is associated with a higher likelihood of surgery related to IBD. The association is less clear in females.

5. There is a clear association between UPF consumption and an increased risk of breast cancer, particularly concerning estrogen hormone intake.

6. Age, socioeconomic status, and pre-pregnancy body mass index (BMI) are associated with high consumption of ultra-processed foods (UPF) in pregnant women. Older age, higher education, and healthier lifestyles are associated with lower UPF consumption, while lack of exercise, smoking, multiple pregnancies, and lower pre-pregnancy weight are associated with higher UPF consumption.

7. Ultra-processed foods (UPF) consumption is correlated with an increased risk of depression and anxiety disorders, as well as a decrease in gray matter volume in certain brain regions, especially in individuals with obesity.

Acknowledgment Statement

I would like to express my sincere gratitude to the Chiang Rai Provincial Public Health Office for their support in facilitating this study, which has contributed to the continuous learning and self-improvement of healthcare personnel.

Limitations of the Study

1. The findings of this study may lack generalizability to populations in countries with diverse economic and cultural contexts.

2. The reliance on self-reported data introduces potential recall bias or inaccuracies, which could impact the reliability of the results.

3. The study's relatively short follow-up period limits the ability to comprehensively assess the long-term effects of consuming highly processed foods.

4. Observed effects may be confounded by variables such as physical activity, socioeconomic status, or education level, thereby reducing the precision of the conclusions.

5. Although widely used, the NOVA food classification system may not fully account for the complexity of food production processes and the nutritional value of foods in daily life.

This structured analysis highlights the need for further research to address these limitations, ensuring more robust and universally applicable findings in future studies.

Research suggestions

1. Public Health Interventions: Implement public health campaigns to raise awareness about the detrimental effects of consuming ultra-processed foods (UPF) on obesity and overweight status. These campaigns should target both adults and

children, emphasizing the importance of a balanced diet rich in whole foods.

2. Dietary Guidelines: Revise dietary guidelines to discourage the consumption of ultra-processed foods (UPF) and promote healthier food choices. Encourage the population to opt for minimally processed or unprocessed foods to reduce the risk of developing type 2 diabetes (T2D).

3. Cardiovascular Disease Prevention: Develop comprehensive strategies to prevent cardiovascular diseases (CVDs), including coronary heart disease (CHD), stroke, and hypertension, by reducing UPF consumption. This could involve implementing policies to limit the availability and marketing of UPF, as well as promoting heart-healthy eating habits.

4. Inflammatory Bowel Disease (IBD) Management: Enhance IBD management protocols, particularly among males with high UPF consumption. Provide education and support to individuals with IBD to help them make healthier dietary choices and reduce the need for surgery associated with the condition.

5. Breast Cancer Prevention: Integrate information about the association between UPF consumption and breast cancer risk into breast cancer prevention initiatives. Encourage women to limit their intake of UPF, especially those containing estrogenic compounds, to reduce their risk of developing breast cancer.

6. Prenatal Health Programs: Incorporate nutrition education into prenatal health programs to educate pregnant women about the importance of dietary choices during pregnancy. Empower women with resources and support to adopt healthier eating habits and avoid high UPF consumption, especially those with risk factors such as older age, lower education, and unhealthy lifestyles.

7. Mental Health Support: Strengthen mental health support services and resources to address the increased risk of depression and anxiety associated with high UPF consumption. Offer counseling, therapy, and mindfulness-based interventions to individuals experiencing mental health challenges, particularly those with obesity.

Reference

1. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Alcocer MA, Martins AP, Popkin BM. Ultra-processed foods in the global diet, 1990-2010: ten years of progress and challenges. *Adv Nutr.* 2013;4(3):542S-550S. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10899807/>
2. Louzada ML, Ricardo CZ, Steele EM, et al. The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. *Public Health Nutr.* 2021;24(1):18-26.
3. World Health Organization. Obesity and overweight. 2023. Available from:

- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2022.
5. Ministry of Public Health. The health status of Thai population. Annual Report. Bangkok: MOPH; 2021.
6. Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Laura Da Costa Louzada M, Machado PP. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system Prepared by [Internet]. 2022 Nov 8 [cited 2024 May 27];19(22). Available from: <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>
7. World Health Organization. The NOVA classification of food and beverages [Internet]. 2019 [cited 2024 May 27]. Available from: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/5277b379-0acb-4d97-a6a3-602774104629/content>
8. Nardocci M, Polsky JY, Moubarac JC. Consumption of ultra-processed foods is associated with obesity, diabetes and hypertension in Canadian adults. Canadian Journal of Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 May 22];112(3). Available from: <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-020-00429-9>
9. Shim JS, Ha KH, Kim DJ, Kim HC. Ultra-Processed Food Consumption and Obesity in Korean Adults. Diabetes and Metabolism Journal [Internet]. 2023 [cited 2024 May 22];47(4). Available from: <https://www.e-dmj.org/upload/pdf/dmj-2022-0026.pdf>
10. Cota BC, Filgueiras M de S, Pereira PF, Juvanhol LL, Novaes JF de. Higher consumption of ultra-processed foods and a pro-inflammatory diet are associated with the normal-weight obesity phenotype in Brazilian children. Nutrition [Internet]. 2024 [cited 2024 May 22];117. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900723002629?via%3Dihub>
11. Li M, Shi Z. Association between Ultra-Processed Food Consumption and Diabetes in Chinese Adults—Results from the China Health and Nutrition Survey. Nutrients [Internet]. 2022 [cited 2024 May 22];14(20). Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/20/4241>
12. Levy RB, Rauber F, Chang K, Louzada ML da C, Monteiro CA, Millett C, et al. Ultra-processed food consumption and type 2 diabetes incidence: A prospective cohort study. Clinical Nutrition [Internet]. 2021 [cited 2024 May 22];40(5). Available from: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(20\)30693-2/abstract](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(20)30693-2/abstract)
13. Cho Y, Ryu S, Kim R, Shin MJ, Oh H. Ultra-processed Food Intake and Risk of Type 2 Diabetes in Korean Adults. Journal of Nutrition [Internet]. 2024 [cited 2024 May 22];154(1). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022316623727429?pes=vor>

14. Lee SJ, Cho MS. Association of ultra-processed food with diabetes and impaired fasting glucose in elderly populations (urban and rural): a cross-sectional study. Korean Journal of Community Nutrition [Internet]. 2024 [cited 2024 May 22];29(1). Available from: <https://kjc.or.kr/DOLx.php?id=10.5720/kjc.2024.29.1.51>
15. Kim L, Choi YH, Huh DA, Moon KW. Associations of minimally processed and ultra-processed food intakes with cardiovascular health in Korean adults: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI), 2013–2015. Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology [Internet]. 2024 [cited 2024 May 24]; Available from: <https://www.nature.com/articles/s41370-024-00646-1>
16. Pant A, Gribbin S, Machado P, Hodge A, Wasfy JH, Moran L, et al. Ultra-processed foods and incident cardiovascular disease and hypertension in middle-aged women. European Journal of Nutrition [Internet]. 2024 [cited 2024 May 24];63(3). Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00394-023-03297-4.pdf>
17. Matias de Pinho MG, Mackenbach J, Lakerveld J, Beulens J, Huybrechts I. Abstract MP11: Ultra-Processed Food Consumption and Cardiovascular Disease in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition Study. Circulation [Internet]. 2023 [cited 2024 May 24];147(Suppl_1). Available from: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.147.suppl_1.MP11
18. Honicky M, Cardoso SM, Kunradi Vieira FG, Hinnig PDF, Back IDC, Moreno YMF. Ultra-processed food intake is associated with children and adolescents with congenital heart disease clustered by high cardiovascular risk factors. British Journal of Nutrition [Internet]. 2023 [cited 2024 May 24];129(7). Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/ultraprocessed-food-intake-is-associated-with-children-and-adolescents-with-congenital-heart-disease-clustered-by-high-cardiovascular-risk-factors/61F13DABDE40E2C06A3814FE9F423FEF>
19. Chen J, Wellens J, Kalla R, Fu T, Deng M, Zhang H, et al. Intake of Ultra-processed Foods Is Associated with an Increased Risk of Crohn’s Disease: A Cross-sectional and Prospective Analysis of 187 154 Participants in the UK Biobank. Journal of Crohn’s and Colitis. 2023;17(4).
20. Sarbagili Shabat C, Zelber-Sagi S, Fliss Isakov N, Hirsch A, Ron Y, Thurm T, et al. P839 Clinical activity in inflammatory bowel diseases is associated with consumption of processed foods. Journal of Crohn’s and Colitis. 2023;17(Supplement_1).
21. Lo CH, Ma W, Nguyen LH, Wang Y, Giovannucci E, Strate LL, et al. Sa1926

ASSOCIATION OF ULTRA-PROCESSED FOOD CONSUMPTION WITH RISK OF DIVERTICULITIS.

Gastroenterology [Internet]. 2023 [cited 2024 May 25];164(6). Available from:

[https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(23\)02123-6/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(23)02123-6/pdf)

22.Romieu I, Khandpur N, Katsikari A, Biessy C, Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A, et al.

Consumption of industrial processed foods and risk of premenopausal breast cancer among Latin American women: the PRECAMA study.

BMJ Nutrition, Prevention and Health [Internet]. 2022 [cited 2024 May 25];5(1). Available from:

<https://nutrition.bmj.com/content/bmjnp/5/1/1.full.pdf>

23.Huybrechts I, Romieu I, Kandpur N, Katsikari K, Torres-Mejia G, Sanchez GI, et al. Ultra-processed food consumption and breast cancer risk. Proceedings of the Nutrition Society [Internet]. 2020 [cited 2024 May 26];79(OCE2).

Available from:

<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/83DD672558CE2A6571D6E0350BFA07BC/S0029665120001305a.pdf/div-class-title-ultra-processed-food-consumption-and-breast-cancer-risk-div.pdf>

24.Fraga ACSA, Bastos MP, Theme-Filha MM. Increased consumption of ultra-processed foods during pregnancy is associated with sociodemographic, behavioral, and obstetric

factors: A cohort study. Nutrition Research. 2024;121.

25.Carreira NP, de Lima MC, Travieso SG, Sartorelli DS, Crivellenti LC. Maternal factors associated with habitual consumption of ultra-processed foods during pregnancy. Ciencia e Saude Coletiva. 2024;29(1).

26.Sun M, He Q, Li G, Zhao H, Wang Y, Ma Z, et al. Association of ultra-processed food consumption with incident depression and anxiety: a population-based cohort study. Food and Function. 2023;14(16).

27.Contreras-Rodriguez O, Reales-Moreno M, Fernández-Barrès S, Cimpean A, Arnoriaga-Rodríguez M, Puig J, et al. Consumption of ultra-processed foods is associated with depression, mesocorticolimbic volume, and inflammation. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2023 [cited 2024 May 26];335.

Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723006365?via%3Dihub>

28.Leal ACG, Lopes LJ, Rezende-Alves K, Bressan J, Pimenta AM, Hermsdorff HHM. Ultra-processed food consumption is positively associated with the incidence of depression in Brazilian adults (CUME project). Journal of Affective Disorders [Internet]. 2023 [cited 2024 May 26];328. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503272300>

