ปีที่ 3
ฉบับที่ 2

วารสารศาสตร์สุขภาพ
และการศึกษา

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES & PEDAGOGY

พฤษภาคม -สิงหาคม 2566

ISBN 2730-4043(online)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Health Sciences and Pedagogy

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข และสาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ขอบเขตสาขาวิชาที่รับ

ด้านการพยาบาล ได้แก่

- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- การพยาบาลอนามัยชุมชน
- การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ด้านการสาธารณสุข ได้แก่

- สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม
- สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- สาขาส่งเสริมสุขภาพ
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขาภิบาล
- สาขาสุขศึกษา
- สาขาอนามัยชุมชน
- สาขาการบริหารโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

- ด้านศิลปะการสอน และกาศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562
E-mail: journal.bcnnakhon@gmail.com

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการหรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์บุญประจักษ์ จันทร์วิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรังศรี	สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เกษียณอายุราชการ)
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง	สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสวงดี	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจี้ยง	คณะศึกษาศาสตร์และศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สินวรณ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.ปริยศ กิตติธีระศักดิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
อาจารย์ ดร.ภาวดี เหมทานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
อาจารย์ ดร.จามจุรี แซ่หลู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.จารุวรรณ สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร.เนติยา แจ่มทิม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร.มาสริน ศุภลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
อาจารย์ ดร.เมทณี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
อาจารย์ ดร.บุศริน เอี่ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.จรูญรัตน์ รอดเนียม	นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
Mr.Patrick Wauters	นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)

กองจัดการ

อาจารย์บุญประจักษ์ จันทร์วิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
นายวิชัย จิรวัฒนกูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการวารสารแถลง

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 มีรูปแบบที่ทันสมัยและมีความหลากหลายทางวิชาการในการเข้าฐานของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI.) ในปี 2566 ซึ่งมีบทความวิจัย จำนวน 7 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาในประเด็นทางการพยาบาลและสาธารณสุขที่น่าสนใจ อาทิ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการนี้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็มที่ได้เว็ปไซต์ของวารสาร

สุดท้ายนี้ ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ดิฉันขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ และขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นิพนธ์ทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น และช่วยกันพัฒนาวงการวิชาการของประเทศไทยสืบไป

อาจารย์ ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

วัตถุประสงค์

ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ

บรรณาธิการวารสารแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก โรงพยาบาลขนอม อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช (Perceived Risks of Pregnancy, Health Behaviors, and Demand for Holistic Health Services among Women of Advanced Maternal Age in Nakhon Si Thammarat Province) **1-15**

พรทิพย์ ไมตรีจร, ยุทธนา สุทธิธนากร และ ฌกัญยา จู้ทิ่น (Porntip Maitreejorn, Yuttana Suthithanakorn and Chakanya Juthin)

2. การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำปาง (Development and Evaluation Clinical Practice Guidelines for Prevention of Delirium Among Critically Ill Patients, Medicine Ward 3, Lampang Hospital) **16-33**

สุกัญญา เลาหธนาคม และ วิภา เอี่ยมสำอาง จารามิลโล (Sukanya Laohatanakom and Wipa Iamsumang Jaramillo)

3. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรณีศึกษาพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง (Achievement in Covid-19 Control Operations in the Community by Village Health Volunteers: A Case Study from Muang Bang Rin Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Ranong Province) **34-48**

จุฬารัตน์ ไชยจิโรจ (Jurarat Chaijiroj)

4. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพัทลุงในช่วงการระบาดของ COVID-19 (Development of a Fast Track Care System for Stroke Patients in Emergency Department of Phatthalung's Hospital during the Covid-19 Pandemic) **49-61**

อัคเณศร์ เมฆานุวงค์ (Akanet Mekanuwongsa)

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง **หน้า**

5. สถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง (Infection Situation, Antimicrobial Susceptibility Trends, and Guidelines for Caring Patients with Drug-Resistant Infections for Nurses at Sikao Hospital, Trang Province) **62-78**
พันธ์ทิพย์ คงศรี, รัชนี แท้วิรุฬห์, สุวิมล ชูแก้ว และ บุบผา รักษานาม (Phuntip kongsri, Ratchanee Taewiroon, Suwimol Chukaew and Buppha Raksanam)

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง (Factors Related to Quality of Life among Elderly People with Chronic Non-Communicable Diseases in Trang Province) **79-95**
ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์ (Supchart Khemwuttipong)

7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11 (Health Literacy and Factors Related to Leprosy Prevention and Surveillance Behaviors of Village Health Volunteers in the Health Region 11) **96-108**
สุกาญดา หมื่นราษฎร์ (Sukanda Muenrat)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ..... ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์..... ก
การส่งบทความ..... ก
การตรวจสอบก่อนส่งบทความ..... ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ..... ข
การเตรียมบทความต้นฉบับ..... ค
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง..... จ
Template บทความวิจัย..... ช
Template บทความวิชาการ..... ฎ
สอบถามข้อมูล..... ฒ

Journal of Health and Pedagogy

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก โรงพยาบาลขนอม อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Perceived Risks of Pregnancy, Health Behaviors, and Demand for Holistic Health Services among Women of Advanced Maternal Age in Nakhon Si Thammarat Province

พรทิพย์ ไมตรีจร[1,*] , ยุทธนา สุทธิธนากร[2] และ ณกัญยา จู้ทิ่น[3]

Porntip Maitreejorn[1*], Yuttana Suthithanakorn[2] and Chakanya Juthin[3]

[1,2]โรงพยาบาลขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช , [3]โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช[3]

[1,2]Khanom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, [3]Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: February 7, 2023, Revised: February 22, 2023, Accepted: March 8, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ และคลินิกอัลตราซาวด์ โรงพยาบาลขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 72 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ได้จำนวน 32 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 มกราคม – 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.92, 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง (M= 390.31, *S.D.*= 193.32) พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 71.88) ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 71.88) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม (p= .004 และ .005)

ดังนั้น การจัดระบบบริการสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่อาจจะมีผลต่อตนเองและทารกในครรภ์ให้มีความปลอดภัย ควรพิจารณาถึงความแตกต่างของปัจจัยด้านระดับการศึกษาเป็นสำคัญในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์, พฤติกรรมสุขภาพ, ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม, หญิงตั้งครรภ์อายุมาก

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: porntipmaitrejon@gmail.com)

Abstract

This descriptive research aimed to: 1) study the perceived risks of pregnancy on health behaviors and 2) explore factors related to perceived risk of pregnancy, health behaviors and demand for holistic health services among women of advanced maternal age. The sample population was 32 pregnant women aged 35 years and over who received antenatal care and ultrasound clinic at Khanom Hospital of Nakhon Si Thammarat Province. Systematic random sampling was applied. Data were collected between 19 January - 2 February 2023. The research tool used was an interview form comprising three parts. Its reliability was tested, obtaining values of.90, .92, .94, respectively. Data were analyzed by Fisher's Exact Test.

The results of the research showed that the pregnant women had a moderate level of perception of pregnancy risks (M = 390.31, *S.D.* = 193.32), and most of their health behaviors were at a very good level (71.88%). The demand for holistic health services was at a high level (71.88%). Level of education was correlated with health behaviors and the demand for holistic health services (p= .004 and .005).

The findings can be used to develop the health service system model from the antenatal clinic. In addition, there should be a one-stop system of health services in the antenatal clinic to ensure safety and satisfaction with the holistic health service system.

Keywords: Perceived Risk of Pregnancy, Health Behavior, Holistic Health Services, Advanced Maternal Age

บทนำ

การตั้งครรภ์อายุมาก (Advanced maternal age) เป็นการตั้งครรภ์เมื่อสตรีมีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี โดยนับอายุถึงวันกำหนดที่คลอด (Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey, et al, 2018) ในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา การตั้งครรภ์ในผู้หญิงอายุมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ซึ่งสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีอัตราเพิ่มมากขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับ ระดับการศึกษา และความสามารถในการทำงานสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้หญิงแต่งงานช้าหรือมีบุตรในช่วงอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และการดำเนินชีวิตของสตรีในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

อุบัติการณ์ในปัจจุบัน พบว่า สตรีตั้งครรภ์จะมีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์แรกในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีอัตราการคลอดบุตรคนแรกจากสตรีที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนช่วงปี ค.ศ. 1980 - 2012 จากอัตรา 2.5 : 1,000 คนของการคลอด เป็น 13.3 : 1,000 คนของการคลอด และข้อมูลในปี 2015 อัตราการคลอดบุตรทั้งหมดในสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป คือ 62.8 : 1,000 คนของการคลอด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 ในระยะเวลา 1 ปี เช่นเดียวกับข้อมูลในประเทศไทย ที่พบว่า อายุของสตรีที่คลอดบุตรรวมทุกการตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2558 เพิ่มขึ้นจาก 87.7 : 1,000 คนของการคลอดเป็น 97.6 : 1,000 คนของการคลอด (Issarapukdee & Pewnil, 2017) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 10 ของเด็กทารกที่คลอดในสหรัฐอเมริกา และร้อยละ 14 ของเด็กทารกที่คลอดในประเทศไทยเกิดจากสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปี ขึ้นไป (Pangsuwan & Srisuphandit, 2017) สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลขนอม อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนของหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ทั้งในมารดาตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 4 ปี ย้อนหลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ในปีงบประมาณ 2562, 2563, 2564, และ 2565 เท่ากับ 46, 53, 57, และ 78 ราย ตามลำดับ (Khanom Hospital, 2022)

การตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก จะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งในการตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง โดยส่งผลกระทบทุกระยะของการตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ การแท้งบุตร ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รกเกาะต่ำ และโรคเบาหวาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดการสูญเสียทารกในครรภ์ได้ และอาจพบปัญหาในระยะคลอด การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ความผิดปกติทางโครโมโซมของทารก ทารกมีน้ำหนักน้อย (Low birth weight) สำหรับผลกระทบทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ย่อมมีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ตลอดจนมีความกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการคลอดของตนเอง โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์แรกเนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อน ความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นจากความคาดหวังว่าตนเองจะสามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนด และในขณะเดียวกันสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากก็อาจเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองจะตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้ ประกอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมักวิตกกังวลว่าตนเองและทารกในครรภ์ อาจมีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และกลัวการสูญเสีย ส่งผลต่อการยอมรับการตั้งครรภ์ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2012; Martin, Hamilton, Osterman, Driscoll, & Mathews, 2017) ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ฉะนั้นการพยาบาลแบบองค์รวมจะเป็นการตอบสนองความต้องการคนที่ครอบคลุมองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เกี่ยวข้องให้อยู่ในภาวะสมดุล โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลภาวะสุขภาพของตนเองตามศักยภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างผาสุก การให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมในหญิงตั้งครรภ์อายุมากจึงเป็นทางออกของปัญหา ซึ่งผลการศึกษาของ Saengin & Pholkuso (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีคะแนนความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก

ดังนั้น ข้อมูลการศึกษาปัจจัยและความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีสุขภาวะที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

สมมุติฐาน

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) และแนวปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิดการพยาบาลองค์รวมมีพื้นฐานมาจากแนวคิดปรัชญาองค์รวมที่มอง “สุขภาวะองค์รวม” เป็นสภาวะ

ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ภายในขององค์ประกอบของคนทั้งคน ได้แก่ กาย จิต และจิตวิญญาณ โดยไม่แยกจากกัน และปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกทั้งทางกายภาพ และทางสังคมอย่างเหมาะสมลงตัว มีความสอดคล้องกับคุณค่าและเป้าหมายชีวิตของบุคคล เป้าหมายของการพยาบาลแบบองค์รวมเน้นการดูแลเยียวยากาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของคน ทั้งเพื่อการรักษาและสร้างเสริมความสมดุลของบุคคล โดยให้คุณค่ากับประสบการณ์ชีวิต วิถีการดำเนินชีวิต ตลอดจนการเปิดโอกาสให้บุคคลได้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ในการดูแลสุขภาพของตนเองตามความเชื่อและวัฒนธรรมในบริบทของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ เป็นต้น (Hathakit & Thanoi, 2012) การพยาบาลแบบองค์รวมจึงเป็นปรัชญาพื้นฐานในการให้การพยาบาลต่อผู้รับบริการ และเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2012) และพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อภาวะสุขภาพ (Thaewpia, Howland, Clark, & James, 2013) และเมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพ เช่น หญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเอง และทารกในครรภ์ย่อมต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม ดังนั้น การให้บริการสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์อายุมากควรได้รับบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และควรสอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ตามกรอบแนวคิดของ Saengin & Pholkuso (2018)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลินิกอัลตราซาวด์ โรงพยาบาลขนอม อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช ของปี พ.ศ. 2565 ในช่วงเดือนเดียวกันที่เก็บข้อมูล ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์แรก จำนวน 35 คน และครรภ์หลัง จำนวน 37 คน รวม 72 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ โดยการหยิบฉลากจากเลขโดดหมายเลข 1 และ 2 ในแต่ละวันของคลินิกฝากครรภ์ และอัลตราซาวด์ ซึ่งนับเป็นกลุ่มตัวอย่างรายแรกของวันนั้น จากนั้นนับห่างกัน 1 ลำดับจนหมดผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน ทั้งนี้ให้นับลำดับจากผู้มารับบริการที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี เท่านั้น สุ่มแบบนี้จนครบ 32 คน จึงยุติการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นหญิงไทยที่มาฝากครรภ์ทั้งรายใหม่และรายเก่า 2) มีอายุครรภ์ 20 - 41 สัปดาห์ 3) ตั้งครรภ์เดี่ยว และ 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ มีความผิดปกติทางจิต โดยดูจากประวัติ ใน OPD card

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การวางแผนตั้งครรภ์ สาเหตุของการตั้งครรภ์อายุมาก และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ อ้างอิงตาม Issarapukdee & Pewnil (2017) และ Saengin & Pholkuso (2018) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยมาใช้ มีจำนวน 9 ข้อ จำนวน 2 ด้าน

ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 4) และ 2) ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 5, 6, 7, 8, 9)

แบบสอบถามนี้เป็น Visual analog scale (VAS) ที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตร ด้านซ้ายสุดของเส้นตรง คือ ไม่มีภาวะเสี่ยงเลย (0 คะแนน) ด้านขวาสุดของเส้นตรง คือ มีภาวะเสี่ยงสูงอย่างยิ่ง (100 คะแนน) สำหรับการให้คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่างลากเส้นตรงตัดขวางลงบนจุดที่ตรงกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในแต่ละข้อ แล้วผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดที่มีเส้นตรงตัดขวางมีหน่วยเป็นมิลลิเมตร และให้คะแนนตามความยาวที่วัดได้ คือ 0 ถึง 100 คะแนน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0 - 900 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ระดับสูง (คะแนน 601 - 900) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง (คะแนน 301 - 600) และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ระดับต่ำ (คะแนน 0 - 300)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 6 ด้าน ทั้งหมด 48 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1 - 9) 2) ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 10 - 13) 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 14 – 22) 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 23 -31) 5) ด้านการเจริญทางด้านจิตวิญญาณ จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 32 – 40) และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 41 – 48) ข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่าแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 48 - 192 คะแนน ประมาณค่าแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพดีมาก (คะแนน 157 - 192) พฤติกรรมสุขภาพดี (คะแนน 121 - 156) พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง (คะแนน 85 - 120) และพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี (คะแนน 48 - 84)

การแปลผลคะแนนรายด้านและรายข้อ โดยการเปรียบเทียบกับค่ากลางของค่าเฉลี่ย ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพดีมาก (คะแนน 3.51 - 4.00) พฤติกรรมสุขภาพดี (คะแนน 2.51 - 3.50) พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง (คะแนน 1.51-2.50) และพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี (คะแนน 1.00-1.50)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม จำนวน 4 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านความต้องการด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1 – 5) 2) ด้านความต้องการด้านจิตใจ จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 6 -15) 3) ด้านความต้องการด้านสังคม จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 16 – 19) และ 4) ด้านความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 20 – 25) ข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ต้องการน้อย (1 คะแนน) จนถึงต้องการมากที่สุด (4 คะแนน) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 25 - 100 คะแนน แบบสอบถามส่วนนี้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด (คะแนน 81.26 - 100) ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมมาก (62.51 - 81.25) ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมปานกลาง (43.76 - 62.50) และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมน้อย (คะแนน 25.00 - 43.75)

การแปลผลคะแนนรายด้านและรายข้อ โดยเปรียบเทียบกับค่ากลางของค่าเฉลี่ย ซึ่งมีเกณฑ์ในการแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมมากที่สุด (คะแนน 3.51 - 4.00) ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมมาก (คะแนน 2.51 - 3.50) ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมปานกลาง (คะแนน 1.51 - 2.50) และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมน้อย (คะแนน 1.00 - 1.50)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงมีครรภ์อายุมาก นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์อายุมาก โรงพยาบาลสิชล จำนวน 30 ราย และนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 2) พฤติกรรม

สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92 และ 3) ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และสามารถยุติการการตอบแบบสอบถามการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อ และจะนำเสนอในภาพรวม รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาลเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบการชี้แจงและยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพคลินิกฝากครรภ์ และอัลตราซาวด์ของโรงพยาบาลขนอม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ เพื่อให้สามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ รวมทั้งการวางตัวเป็นกลาง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาคำตอบด้วยตนเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาติดขัดในการอ่านหรือ การบันทึก ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟังและช่วยบันทึกตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละวัน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามตามเกณฑ์ที่กำหนด ระหว่างวันที่ 19 มกราคม – 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

5. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ โดยเรียงลำดับการตอบแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์อายุมาก ส่วนผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ซักถาม ถ้ามีข้อสงสัย

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของ คำตอบในแบบสอบถาม ถ้าพบว่าไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

2. สถิติเชิงที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ได้แก่ Fisher's Exact Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิจัยและแบบสอบถาม ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่อนุมัติ F-02/2566

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 35 - 39 ปี (ร้อยละ 84.38) และมีอายุเฉลี่ย 37.56 ปี (*S.D.*= 2.71) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด (ร้อยละ 53.13) มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด (ร้อยละ 37.50) รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 20,001 - 30,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 43.74) ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 65.63) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 29 - 36 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 43.75) มากกว่าครึ่งเป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 53.12) มีการวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 71.88) สาเหตุของการตั้งครรภ์ คือ ไม่ได้คุมกำเนิด/คิดว่าอายุมากแล้วคงไม่ตั้งครรภ์ (ร้อยละ 25.00) รองลงมาคือ เพิ่งพร้อมที่จะตั้งครรภ์ และมีบุตรยาก/มีครอบครัวใหม่ และลืมกินยาคุมกำเนิด/กินยาไม่สม่ำเสมอ/กินยาไม่ตรงเวลา (ร้อยละ 21.88 และ 15.63) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.75) สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์/เบาหวาน (ร้อยละ 6.25)

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุมากในภาพรวม รายด้าน รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (n = 32)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	M	*S.D.*	ระดับ
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง (4 ข้อ)	171.25	90.51	ปานกลาง
1. มีภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	44.69	23.96	ปานกลาง
2. มีภาวะเสี่ยงที่จะเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์	43.13	27.29	ปานกลาง
4. มีภาวะเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์	39.06	25.19	ปานกลาง
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ (5 ข้อ)	219.06	107.26	ปานกลาง
1. มีภาวะเสี่ยงที่ลูกในท้องจะคลอดก่อนกำหนด	47.81	19.80	ปานกลาง
2. มีภาวะเสี่ยงที่ลูกจำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในหน่วย NICU	46.56	26.83	ปานกลาง
5. มีภาวะเสี่ยงที่ลูกจะเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์	39.69	23.62	ปานกลาง
โดยรวม	390.31	193.32	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 390.31, *S.D.*= 193.32) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (M= 171.25, *S.D.*= 90.51) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (M= 44.69, *S.D.*= 23.96) ส่วนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (M= 219.06, *S.D.*= 107.26) โดยข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ (M= 47.81, *S.D.*= 19.80)

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมากในภาพรวม (n = 32)

พฤติกรรมสุขภาพ	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ระดับปานกลาง	9	28.13
ระดับดีมาก	23	71.87

จากตาราง 2 พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพดีมาก (ร้อยละ 71.87) และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.13) และสามารถแสดงออกเป็นรายด้าน และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้ดังตาราง 3

ตารางราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก จำแนกเป็นรายด้าน รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสุด 2 อันดับแรก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

ลำดับที่	พฤติกรรมสุขภาพ	M	*S.D.*	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (9 ข้อ)				
1	อ่านหนังสือหรือดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพและการตั้งครรภ์	3.34	0.55	ดี
2	สอบถามแพทย์หรือพยาบาลเพื่อให้เข้าใจสิ่งที่แนะนำ	3.31	0.64	ดี
9	ได้ขอความคิดเห็นจากแพทย์หรือพยาบาลท่านอื่น เมื่อมีความคิดเห็นไม่เห็นด้วย	2.62	0.49	ดี
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (4 ข้อ)				
1	ออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลาง เช่น เดิน 30 – 40 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์	3.06	0.50	ดี
2	มีเวลาว่างในการทำกิจกรรมนันทนาการ	3.03	0.47	ดี
4	ออกกำลังกายระหว่างการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เดินหลังรับประทานอาหาร	2.84	0.52	ดี
ด้านโภชนาการ (10 ข้อ)				
1	รับประทานผักวันละ 6 ทัพพี	3.31	0.54	ดี
2	รับประทานอาหารประเภทข้าว แป้ง วันละ 9 ทัพพี	3.16	0.45	ดี
	รับประทานอาหารประเภทเนื้อ ปลา ไข่ ถั่วต่าง ๆ วันละ 12 ช้อนกิน	3.16	0.37	ดี
10	เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ	2.94	0.50	ดี
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (9 ข้อ)				
1	ได้รับการตอบสนองความต้องการด้วยความรักใคร่	3.19	0.40	ดี
2	ปรึกษาปัญหาและความกังวลใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อายุมากกับคนใกล้ชิด	3.16	0.57	ดี
	รู้สึกซาบซึ้งใจคนใกล้ชิด	3.16	0.45	ดี
	ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนรอบข้าง	3.16	0.45	ดี
	แก้ปัญหาความขัดแย้งโดยการพูดคุยและประนีประนอม	3.16	0.45	ดี
9	ชื่นชมยินดีกับผู้อื่นเมื่อเขาประสบความสำเร็จ	3.06	0.44	ดี
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (9 ข้อ)				
1	รู้สึกว่าการตั้งครรภ์มีพัฒนาการเพิ่มขึ้น และเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี	3.59	0.62	ดีมาก
2	มีเป้าหมายในชีวิต เช่น การเป็นแม่ที่ดี การเลี้ยงลูกให้ดีที่สุด	3.47	0.57	ดี
9	พบสิ่งที่น่าสนใจและท้าทายในแต่ละวัน	3.16	0.37	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด (8 ข้อ)				
1	นอนหลับอย่างเพียงพอ	3.38	0.49	ดี
	มีเวลาผ่อนคลายในแต่ละวัน เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง	3.38	0.55	ดี
2	มีวิธีการเฉพาะในการควบคุมความเครียด	3.28	0.46	ดี
8	ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นเรื่องร้ายหรือดี	3.09	0.39	ดี

จากตาราง 3 พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อ่านหนังสือหรือดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพและการตั้งครรภ์ (M= 3.34, *S.D.*= 0.55)

ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลาง เช่น เดิน 30 – 40 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์ (M= 3.06, *S.D.*= 0.50)

ด้านโภชนาการ ทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รับประทานผักวันละ 6 ทัพพี (M= 3.31, *S.D.*= 0.54)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับการตอบสนองความต้องการด้วยความรักใคร่ (M= 3.19, *S.D.*= 0.40)

ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกว่าการตั้งครรภ์มีพัฒนาการเพิ่มขึ้น และเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก (M= 3.59, *S.D.*= 0.62)

ด้านการจัดการกับความเครียด ทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นอนหลับอย่างเพียงพอและมีเวลาผ่อนคลายในแต่ละวัน เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง (M= 3.38, *S.D.*= 0.49; 0.55)

4. ระดับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ และระดับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก (n = 32)

ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	9	28.13
ระดับมาก	23	71.87

จากตาราง 4 พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากส่วนใหญ่มีความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมระดับมาก (ร้อยละ 71.87) และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.13) และสามารถแสดงออกเป็นรายด้าน และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้ดังตาราง 5

ตางราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก จำแนกเป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยสุด 2 อันดับแรก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

ลำดับที่	ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม	M	*S.D.*	ระดับ
ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านร่างกาย (5 ข้อ)				
1	จัดบริการที่ง่ายและสะดวกต่อการบริการ	3.56	0.72	มากที่สุด
2	ปรับอุณหภูมิห้องฝากครรภ์อย่างเหมาะสม ไม่ร้อน หรือหนาวเกินไป	3.37	0.61	มาก
5	จัดสถานที่นั่งรอรับบริการฝากครรภ์ให้	2.91	0.30	มาก
ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านจิตใจ (8 ข้อ)				
1	เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อายุมาก	3.53	0.67	มากที่สุด
2	แจ้งผลการตรวจครรภ์ให้ทราบทุกครั้งที่มารับบริการ	3.44	0.72	มาก
8	อธิบายเกี่ยวกับยาและวัคซีนที่ได้รับขณะตั้งครรภ์	2.81	0.54	มาก
ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านสังคม (4 ข้อ)				
1	เปิดโอกาสให้พูดคุยและวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์ พยาบาล	3.16	0.37	มาก
2	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำอย่างเพียงพอและเข้าใจง่าย	3.00	0.92	มาก
4	ช่วยสื่อสารให้คนในครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับความต้องการ	2.84	0.63	มาก
ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ (6 ข้อ)				
1	เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการเป็นมารดา	3.53	0.67	มากที่สุด
2	ให้การยอมรับเมื่อมีความคิด ความเชื่อที่แตกต่างจากแพทย์ พยาบาลที่ดูแล	3.34	0.48	มาก
6	ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3.06	0.25	มาก

จากตาราง 5 พบว่า ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านร่างกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ จัดบริการที่ง่ายและสะดวกต่อการบริการ (M= 3.56, *S.D.*= 0.72)

ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านจิตใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อายุมาก (M= 3.53, *S.D.*= 0.77)

ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านสังคม ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อายุมาก (M= 3.16, *S.D.*= 0.37)

ความต้องการบริการสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการเป็นมารดา (M= 3.53, *S.D.*= 0.67)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก (n= 32)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		χ^2	df	*p*-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)					0.604
35 - 39 ปี	7 (25.93)	20 (74.07)	Fisher's Exact Test		
40 ปีขึ้นไป	2 (40.00)	3 (60.00)			
ระดับการศึกษา					.005
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา/ปวช.อนุปริญญา/ปวส.	8 (53.33)	7 (46.67)	Fisher's Exact Test		
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	1 (5.88)	16 (94.12)			
อาชีพ					0.103
แม่บ้าน/พนักงานโรงงาน/บริษัทค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้างทั่วไป	8 (40.00)	12 (60.00)	Fisher's Exact Test		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (8.33)	11 (91.67)			
รายได้ (บาท)					0.075
≤ 20,000 บาท/เดือน	5 (55.56)	4 (44.44)	Fisher's Exact Test		
> 20,000 บาท/เดือน	4 (17.39)	19 (82.61)			
ลักษณะครอบครัว					0.441
ครอบครัวเดี่ยว	7 (33.33)	14 (66.67)	Fisher's Exact Test		
ครอบครัวขยาย	2 (11.18)	9 (81.82)			
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					
≤ 28สัปดาห์	5 (38.46)	8 (61.54)	Fisher's Exact Test		
> 28สัปดาห์	4 (25.05)	15 (78.95)			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					0.699
ตั้งครรภ์แรก	5 (33.33)	10 (66.67)	Fisher's Exact Test		
ตั้งครรภ์หลัง	4 (23.53)	13 (76.47)			

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		χ^2	df	*p*-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)			
การวางแผนครอบครัว					0.685
มีการวางแผนครอบครัว	6 (26.09)	17 (73.91)	Fisher's Exact Test		
ไม่มีการวางแผนครอบครัว	3 (33.33)	6 (66.67)			

จากตาราง 6 พบว่า ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์อายุมากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก ดังตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก (n = 32)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ระดับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)			Fisher's Exact Test		0.604
35 - 39 ปี	7 (25.93)	20 (74.07)			
40 ปีขึ้นไป	2 (40.00)	3 (60.00)			
ระดับการศึกษา			Fisher's Exact Test		0.005
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา/ปวช.อนุปริญญา/ปวส.	8 (55.33)	7 (46.67)			
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	1 (5.88)	16 (94.12)			
อาชีพ			Fisher's Exact Test		0.103
แม่บ้าน/พนักงานโรงงาน/บริษัทค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้างทั่วไป	8 (40.00)	12 (60.00)			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (8.33)	11 (91.67)			
รายได้ (บาท)			Fisher's Exact Test		0.075
≤ 20,000 บาท/เดือน	5 (55.56)	4 (44.44)			
> 20,000 บาท/เดือน	4 (17.39)	19 (82.61)			
ลักษณะครอบครัว			Fisher's Exact Test		0.441
ครอบครัวเดี่ยว	7 (33.33)	14 (66.67)			
ครอบครัวขยาย	2 (18.18)	9 (81.82)			
อายุครรภ์			Fisher's Exact Test		0.427
≤ 28สัปดาห์	5 (38.46)	8 (61.54)			
> 28สัปดาห์	4 (21.05)	15 (78.95)			

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ระดับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			Fisher's Exact Test		0.699
ตั้งครรภ์แรก	5 (33.33)	10 (66.67)			
ตั้งครรภ์หลัง	4 (25.53)	13 (76.47)			
การวางแผนครอบครัว			Fisher's Exact Test		0.226
มีการวางแผนครอบครัว	5 (21.74)	18 (78.26)			
ไม่มีการวางแผนครอบครัว	4 (44.44)	5 (55.56)			

จากตาราง 7 พบว่า ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์อายุมากมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม ส่วนปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง (M= 390.31, *S.D.*= 193.32) และพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ โดยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของตนเอง ได้แก่ รับรู้ที่จะผ่าตัดคลอดมากที่สุด (M= 44.69, *S.D.*= 23.96) ส่วนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารก ได้แก่ รับรู้ภาวะเสี่ยงที่ลูกในท้องจะคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด (M= 47.81, *S.D.*= 19.80) แสดงให้เห็นว่า หญิงมีครรภ์อายุมากมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ขณะที่มีอายุมาก ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงอันตรายต่อตนเองและลูกในขณะตั้งครรภ์ โดย Islam & Bakheit (2015) ได้กล่าวไว้ว่า สตรีตั้งครรภ์อายุ 35 - 39 ปี มีโอกาสแท้งบุตรถึงร้อยละ 33 และหากสตรีตั้งครรภ์มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีโอกาสแท้งบุตร มากกว่าร้อยละ 50 จึงอาจจะกล่าวได้ว่าอุบัติการณ์ของการแท้งบุตรมีโอกาสเพิ่มขึ้นในสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากยังมีความเข้าใจว่ายิ่งอายุมากเพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์และแสวงหาวิธีการคลอดที่เข้าใจว่าปลอดภัยที่สุด ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดแพทย์ โดยเลือกวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง ส่งผลไม่ให้ลูกในท้องคลอดก่อนกำหนด แต่ทั้งนี้ Department of Health (2022) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ได้มาตรฐาน ซึ่งส่วนหนึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นต่อมาตรฐานการฝากครรภ์ และมีความเชื่อมั่นในอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ จากการรับรู้ข้อมูลและมาตรฐานการฝากครรภ์จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยนี้แตกต่างกับการศึกษา Kaewpoung, Deoisres, & Suppaseemanont (2018) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์แรกที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับ Saengin & Pholkuso (2018) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกมีคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เฉลี่ย 296.13 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

2. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 71.87) โดยทุกข้ออยู่ในระดับดี ทั้งด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด ซึ่งกิจกรรมหรือการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันทางด้านสุขภาพเหล่านี้เป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี สำหรับพฤติกรรมสุขภาพมีเพียง 1 ข้อ ที่อยู่ในระดับดีมาก คือ รู้สึกว่าการตั้งครรภ์มีพัฒนาการเพิ่มขึ้น และเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (M= 3.59, *S.D.*= 0.62) แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์อายุมากสามารถดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมาย รวมทั้งรอคอยสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต คือ บุตร ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ และส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 37.50) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 37.50) ทำให้มีการแสวงหาความรู้ มีการสอบถามข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อีกทั้งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์อายุมากที่ตอบแบบสอบถามเป็นการตั้งครรภ์หลัง (ร้อยละ 53.12) ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มีทักษะ และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ หรือสังเกตอาการของตนเองขณะผิดปกติได้ ทั้งนี้เมื่อมีการตั้งครรภ์ในช่วงอายุมาก ก็มีความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมควรดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ โดยการมาฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ และหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการตั้งครรภ์ โดยการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ การสอนสุขศึกษา และการพูดคุยสอบถามและขอคำแนะนำปรึกษาจากพยาบาลหรือแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องการเจาะน้ำคร่ำ เพื่อตรวจหาดาวน์ซินโดรม พร้อมทั้งคอยหมั่นสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้น เช่น ไม่สบาย เจ็บครรภ์ ลูกดิ้นน้อยลง และควรแจ้งให้แพทย์พยาบาลทราบเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด พฤติกรรมนี้จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phonkusol & Sangin (2021) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 โรงพยาบาล ในเขตภาคตะวันออก มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับ Jantakad (2012) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเชียงคำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ Saengin & Pholkuso (2018) ก็พบว่าหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 141.34 ซึ่งอยู่ในระดับดี

3. ความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 71.87) และผลการวิจัยทุกข้ออยู่ในระดับดี – ดีมาก โดยความต้องการบริการสุขภาพด้านร่างกายที่โรงพยาบาลได้จัดบริการที่ง่ายและสะดวกต่อการบริการอยู่ในระดับดีมาก (M= 3.56, *S.D.*= 0.72) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าด้วยภาวการณ์ตั้งครรภ์ที่มีสรีระของร่างกายเปลี่ยนไป หากโรงพยาบาลไม่อำนวยความสะดวกในการบริการอาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเครียดที่มากขึ้น เช่นเดียวกับความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตใจ ที่พบว่าได้เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อายุมาก (M= 3.53, *S.D.*= 0.67) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการเป็นมารดา (M= 3.53, *S.D.*= 0.67) จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จึงมีความต้องการบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ เป็นการเก็บโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งหญิงมีครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกจะได้รับการประเมินความเสี่ยง และจะได้รับบริการฝากครรภ์ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ฉะนั้น หญิงตั้งครรภ์อายุมากจึงมีความต้องการบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของและ Saengin & Pholkuso (2018) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก มีคะแนนความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมเฉลี่ย 67.54 ซึ่งอยู่ในระดับมาก

4. เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก อาจจะเป็นเพราะว่า

หญิงมีครรภ์อายุมากที่ตอบแบบสอบถามมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งระดับการศึกษาจะมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่าย่อมมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ประกอบกับการบริการในการฝากครรภ์ปัจจุบันจะมีการบริการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ สังเกตได้จากการบริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแต่ละไตรมาสของการฝากครรภ์จะมีการประเมินหญิงมีครรภ์ครอบคลุมทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับ Phonkusol & Sangin (2021) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 โรงพยาบาล ในเขตภาคตะวันออก เช่นเดียวกับ Jantakad (2012) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเชียงคำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา และ Saengin & Pholkuso (2018) ก็พบว่า ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวม

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า หญิงมีครรภ์อายุมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ฉะนั้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่ดีขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้นไป จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพของคลินิกฝากครรภ์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก จึงควรจะมีจัดระบบบริการสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์โดยเน้นให้หญิงมีครรภ์รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงที่อาจจะมีผลต่อตนเอง และทารกในครรภ์ และเน้นให้เกิดความปลอดภัยต่อแม่และทารก โดยต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านระดับการศึกษาซึ่งจะส่งผลต่อแนวทาง วิธีการ และกระบวนการในการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับหญิงตั้งครรภ์อายุมากในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบทดลอง หรือการวิจัยและพัฒนา เพื่อการต่อยอดระบบบริการที่มีคุณภาพ

References

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(5), 445-453.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Department of Health. (2022). A guide to antenatal care for health workers. Ministry of Public Health: Nonthaburi. (in Thai)

Hattakit, U. & Thanoi, W. (2011). Holistic nursing and integrated healthcare : integration into the concept of nursing education management. *Journal of the Nursing Council*, *27*(Special), 5-17.

Issarapukdee, P. & Pewnil, T. (2017). Pregnancy quality among Thai women of reproductive age During the year 1998-2015. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research. Mahidol University. (in Thai)

Jantakad, P. (2012). Health promoting behaviors of pregnant woman in antenatal care clinics, Chinagkham hospital, Chiangkham district, Phayao province. Independent study Master of Public Health, University of Phayao. (in Thai)

Islam, M. M. & Bakheit, C. S. (2015). Advanced maternal age and risks for adverse pregnancy outcomes: a population-based study in Oman. *Health Care for Women International, 36*(10), 1081-103.

Kaewpoung, S., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2018). Influencing of perception of pregnancy risk, knowledge, and attitude on preconception health behaviors among pregnant women. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 26*(2), 57-66.

Khanom Hospital. (2022). Annual report, 2022. Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (in Thai)

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.

Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K., Driscoll, A. K., & Mathews, T. J. (2017). Births: final data for 2015. *National Vital Statistics Reports, 66*(1). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr66/nvsr66_01.pdf - PDF.

Pangsuwan, P. & Srisuphandit, K. (2017*). Pregnancy in advanced maternal age*. Obstetrics and gynaecology Changmai University. (in Thai)

Phonkusol, C. & Sangin, S. (2021). Relationships between personal factors, perceptions of pregnancy risk and health behaviors among women of advanced maternal age. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29*(2), 24-35.

Saengin, S. & Pholkuso, C. (2018). Perceptions of pregnancy risk, health behaviors and holistic health service needs among women of advanced maternal age. Research Report; *Burapha University* (in Thai)

Thaewpia, S., Howland, L. C., Clark, M. J., & James, K. S. (2013). Relationships among health promoting behaviors and maternal and infant birth outcomes in older pregnant Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 17*(1), 28-38.

Journal of Health and Pedagogy

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำปาง

Development and Evaluation Clinical Practice Guidelines for Prevention of Delirium Among Critically Ill Patients, Medicine Ward 3, Lampang Hospital

สุกัญญา เลาหธนาคม[1,*] และวิภา เอี่ยมสำอาง จารามิลโล[2]
Sukanya Laohatanakom[1,*] and Wipa Iamsumang Jaramillo[2]
[1]โรงพยาบาลลำปาง, [2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
[1]Lampang Hospital, [2]Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

(Received: February 7, 2023, Revised: February 22, 2023, Accepted: March 8, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลลำปาง ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มประชากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต (CPG-PDC) 18 คน 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้ CPG-PDC 5 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับ CPG-PDC ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – เมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 106 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ CPG-PDC และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Multivariable risk difference regression

ผลการวิจัย พบว่า CPG-PDC มีสาระสำคัญ 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงจากโปรแกรมประยุกต์และจากเครื่องมือ (CAM-ICU) 3) การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้มาตรการรูปแบบไม่ใช้ยา Care bundle ABCDEF 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 5) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ เมื่อใช้ CPG-PDC จำนวน 106 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลงเหลือเพียง 15 ราย (ร้อยละ 14.20) และระยะเวลาผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เฉลี่ยลดลงเหลือ 0.9 เวรต่อราย สรุปการใช้ CPG-PDC ทำให้หน่วยงานมีการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างเป็นระบบ สามารถลดอุบัติการณ์ และลดระยะเวลาการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น แผนกผู้ป่วยวิกฤตควรให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมการนอนหลับโดยการจัดชั่วโมงเงียบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมระดับเสียงจากการทำกิจกรรมช่วยฟื้นคืนชีพ การทำหัตถการต่าง ๆ และควรนำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารเพื่อขยายผลไปยังหอผู้ป่วยอื่นรวมถึงการนำเอามาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในหน่วยงานเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก, การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน, ผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sukanya.la@gmail.com)

Abstract

This developmental research aims to develop clinical practice guidelines (CPGs) for prevention delirium in critically ill patients, Lampang Hospital. The study was based on the CPGs implementing framework of the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999). The sample was selected as the patients who conscious and able to communicate patients, From the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS ≥ -3 score). Subjects included 121 conscious patients, who were confined in Medicine Ward 3 before implementing of CPGs, and 106 subjects who were confined after implementing of CPGs. The instruments used in this study were CPGs for prevention of delirium among critically ill patients and a record form of the incidence of delirium in critically ill patients. Data analyses was done using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and compare the data before and after using CPGs general data with independent t-test, exact probability test and incidence rate of delirium with multi variable risk difference regression statistics.

The CPGs consisted of six domains 1) patient protection and ethics 2) risk factor and prevention for ICU delirium by the application and The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit [CAM-ICU] 3) Prevention by using non-pharmacology preventive measures in care bundle ABCDEF 4) Educating health team personnel 5) continuous monitoring and recording and 6) service quality improvement. The finding revealed that the incidence rate of ICU delirium among subjects in the CPGs group was 15 cases 14.2% and the average duration of the incidence (Mean) is 0.9 shift per case while the incidence rate of ICU delirium among subjects in the non-CPGs group was 42 cases only 34.7% and the average duration of the incidence (Mean) is 4.5 shift per case. By the incidence of P-value 0.071, resulting in less than 7-16.2% and the average duration of the incidence (Mean) value P-value < 0.001.

This study confirmed that implementing the CPGs was able to reduce the incidence rate of ICU delirium and the average duration of incidence (Mean). The investigator suggests these CPGs should be incorporated with quality improvement activities among another Ward.

Keywords: Clinical Practice Guidelines, Prevention ICU Delirium, Critically Ill Patient

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit delirium: ICU delirium) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยมีลักษณะประกอบด้วย อาการเริ่มต้นที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของวัน ขาดความตั้งใจและขาดสมาธิ ความคิดไม่เป็นระบบและการรับรู้ผิดปกติไป หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Arend & Christensen, 2009) สาเหตุเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทที่ไปควบคุมสติปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย (Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2016) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแบ่งเป็นปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยชักนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิมก่อนเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ และปัจจัยจากโรคเรื้อรัง (Maldonado, 2008) 2) ปัจจัยเร่งให้เกิด (Precipitating factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดภายหลังเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยจากการเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน (Van, Elseviers, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2009) และปัจจัยจาก

สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ การถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่รัก การที่ต้องเข้ามาอยู่ในที่ไม่คุ้นเคย การมีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เข้มงวดในการรักษาผู้ป่วย (Van, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2008) ในหอผู้ป่วยหนักจะมีแสงสว่างตลอดเวลาทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (Tabet & Howard, 2006) เสียงที่ดังรบกวนจากบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตนอนไม่หลับ (Bourne, 2008) อาการปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤต (Boot, 2012) ขาดการรับรู้กาลเวลา สถานที่ และสภาพแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วยหนัก (Brummel & Girard, 2013) ปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวข้างต้นทำให้มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากขึ้น (Arend & Christensen, 2009) ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะสับสนจะทำให้ผู้ป่วยดึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ช่วยชีวิต ได้แก่ ดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์การรักษาออก เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียง (Boot, 2012) ส่งผลต่อการฟื้นหายที่ช้าลง และต้องนอนในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้นรวมถึงระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลที่จะเพิ่มขึ้น และทำให้อัตราตายสูงขึ้น (Pun & Boehm, 2011) บุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อสู้ หรือทำร้าย (Boot, 2012) ส่งผลต่อครอบครัวและญาติเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น (King & Gratrix, 2009)

หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 (Semi-critical medical unit) โรงพยาบาลลำปาง รับดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติไปหนึ่งระบบหรือมากกว่า มีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นอันตรายที่กำลังคุกคามชีวิตตลอดจนให้มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากการติดตามประเมินของผู้วิจัย โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยวิกฤต (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit: CAM-ICU) ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 45 ราย เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.88 (Statistics of internal medicine wards registration III, 2017) การศึกษามาก่อนหน้านี้ พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการดูแลตามแนวปฏิบัติ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนในผู้ป่วยวิกฤต (Maria, 2012) จากการสำรวจข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 พบประเด็นการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงพูดของบุคลากรวัดได้ 65 - 70 เดซิเบล เสียงเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์วัดได้ 50 เดซิเบล ซึ่งดังกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์กรพิทักษ์สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกากำหนดไว้ไม่ให้ระดับเสียงในหอผู้ป่วยเกินระดับ 45 เดซิเบล (Environmental Protection Agency: EPA, 1974) นอกจากนั้นแสงสว่างในบางจุดของหอผู้ป่วยจ้าเกินเกณฑ์มาตรฐานข้อแนะนำระดับความส่องสว่างของสถาบันวิศวกรรมไฟฟ้าและวิศวกรรมอิเล็กทรอนิกส์นานาชาติ (Rand, Lehman, & Shteynberg, 2007) เช่น ตำแหน่งเตียงของผู้ป่วยวัดแสงสว่างได้ 500 ฟุตแรงเทียน เจ้าหน้าที่มีการเปิดไฟไว้ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้กลางวันหรือกลางคืน ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยถึงร้อยละ 70 จากการทบทวนวรรณกรรมปี พ.ศ. 2557 พบว่า การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยลดอุบัติการณ์ลงได้จากร้อยละ 34.71 เป็นร้อยละ 12.86 (Laohatanakom, 2014) ร่วมกับการเพิ่มครอบครัว (F คือ family) มีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันร่วมกับทีมสุขภาพ ใน Care bundle ABCDEF (Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2016) นอกจากนั้นแนวปฏิบัติเดิมแนะนำที่สัดส่วนพยาบาล 1 คน ต่อการดูแลผู้ป่วย 2 คน (1:2) แต่จากสถานการณ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ซึ่งมีลักษณะเป็นหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่มีสัดส่วนพยาบาล 1 คน ต่อการดูแลผู้ป่วย 4 คน (1:4)

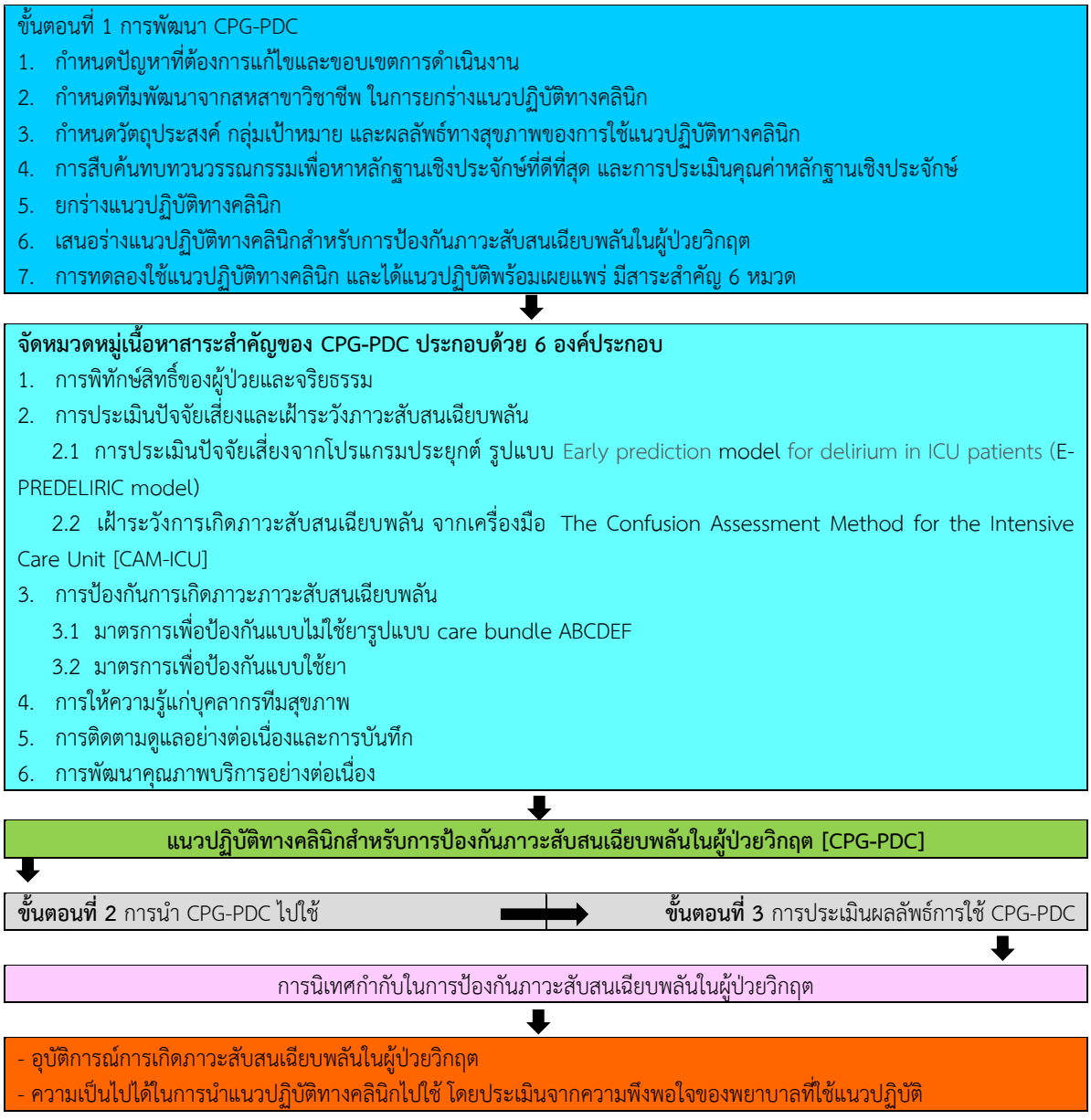
โรงพยาบาลลำปาง มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล จึงส่งเสริมให้หอผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งนี้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ โดยเน้นการเฝ้าระวังและขจัดปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยได้

ประกอบกับหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกใช้ในหน่วยงาน จึงทำให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นฉบับที่ 2 เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดอุบัติการณ์รวมถึงระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยการมีส่วนร่วมจากการทำงานเป็นทีมของผู้ปฏิบัติทุกคน เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการในหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – เมษายน พ.ศ. 2561

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999) มากำหนดเป็นขั้นตอนการศึกษา 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความทันสมัย มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้ และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จำนวน 18 ราย และผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ราย ที่รู้สึกตัวสามารถสื่อสารได้ทั้งการพูด และการเขียน โดยประเมินจากคะแนน (Richmond Agitation Sedation Scale: RASS, 2002) > -3 คะแนน (Doungkaew, 2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบโดย Laohatanakom (2018) มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาอย่างละเอียดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกรายการมากกว่า .05

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติ พัฒนาโดย Laohatanakom (2018) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (GCS) การวินิจฉัยโรค คะแนนภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวาย (RASS) จำนวนปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน การใช้ยานอนหลับ ยาระงับประสาท และยาระงับปวด ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

2.1.2 ข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ คือ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต คำนวณอุบัติการณ์จากสูตร

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ในช่วงเวลาที่กำหนดเดียวกัน}} \times 100$$

2.1.3 ข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ คือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายได้รับการติดตามการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้เครื่องมือ CAM-ICU จากพยาบาลภายหลังนอนรักษาในหอผู้ป่วย 24 ชั่วโมงแรก และต่อเนื่องทุกเวร จากนั้นจำนวนเวรที่พบผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ ในแต่ละราย นำมารวมกันหาค่าเฉลี่ย (Mean) จากโปรแกรมประยุกต์

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต จากแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (Thongchai, 2005) ใช้สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกว่า สามารถนำไปใช้ได้ง่าย เนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน เป็นไปได้ในการใช้จริง และความพึงพอใจในการใช้มีลักษณะเป็นมาตราสวนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือเห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้การแปลผลระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ของ Bloom, Madaus, & Hastings (1971) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 46 - 57 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

กลุ่มที่ 2 คะแนนระหว่างร้อยละ 60.1 - 79.9 หรือได้คะแนนระหว่าง 35 - 45 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง

กลุ่มที่ 3 คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา หรือได้คะแนนน้อยกว่า 34 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อยู่ในระดับเห็นด้วยน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา แนวปฏิบัติ 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตการดำเนินงาน ผู้วิจัยเลือกเรื่องที่มีความสำคัญต่อหน่วยงานและเฉพาะเจาะจง พิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น มีจำนวนมาก (High volume) มีความเสี่ยงสูง (High risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย นำมากำหนดหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง โดยได้รับความเห็นชอบในหลักการจากทีมผู้บริหารของกลุ่มงานการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จากสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคลเพื่อปรึกษา และเชิญร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และได้รับการตอบรับด้วยความสมัครใจแต่งตั้งบุคลากรเข้าร่วมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และเภสัชกร 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน

กิจกรรมที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และผู้วิจัยร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ครอบคลุมทุกเป้าหมาย

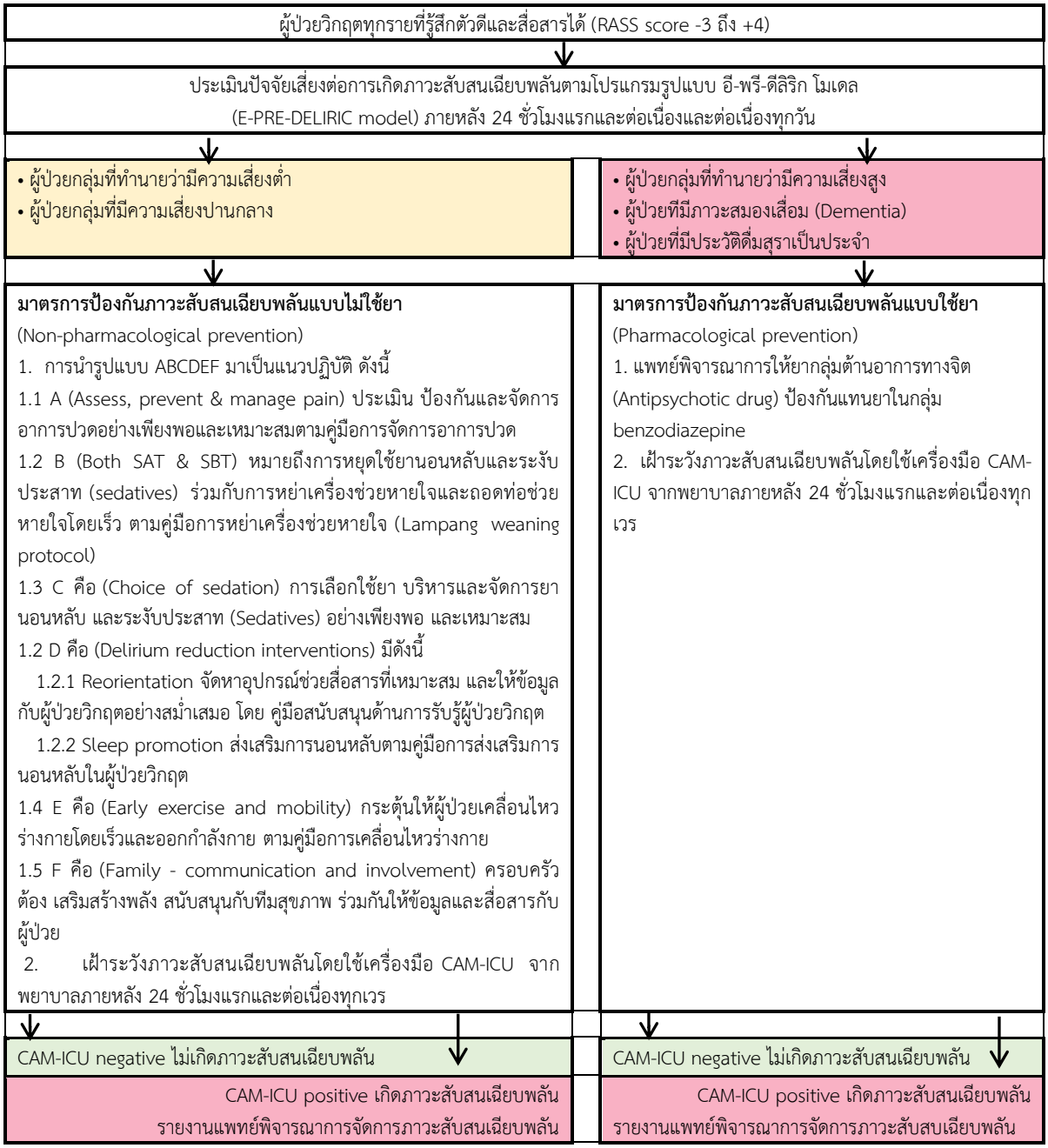
กิจกรรมที่ 4 ทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยร่วมประชุมวางแผนการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานความรู้ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดระดับความน่าเชื่อถือ (Quality of evidence) และคุณภาพของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (Strength of recommendation) ในการนำไปปฏิบัติ ตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI) (2013) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 42 ฉบับ โดยกรรมการได้จัดประชุม 3 ครั้ง ประเมินจัดคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

กิจกรรมที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการคดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์พิจารณาทำการยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก จัดเป็นหมวดหมู่ 6 องค์ประกอบ จากนั้นสอบถามผู้ปฏิบัติ (แบบสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ) โดยประเมินความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 18 คน พบว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 87 สำหรับความสะดวกในการใช้ร้อยละ 88.9 ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนร้อยละ 94.4 พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 90.7 และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลร้อยละ 96.3 โดยภาพรวมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเฉลี่ยทุกหัวข้อร้อยละ 90.2

กิจกรรมที่ 6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับยกร่างนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก (ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต) แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก (หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม) 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกคืออาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกรายการมากกว่า .05 และปรับปรุงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอแนะ

กิจกรรมที่ 7 นำร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ราย ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำผลการรับฟังความคิดเห็นมาประชุมร่วมกัน เพื่อปรับแก้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามความเห็น ร่วมสรุปและจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สมบูรณ์พร้อม จัดทำคู่มือการประเมินภาวะซึมกระวนกระวายหรือกระสับกระส่าย (RASS) คู่มือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) คู่มือการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการจัดการอาการปวด คู่มือการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และคู่มือการสนับสนุนด้านการรับรู้ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นรายละเอียดความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติต้องการให้ขยายความให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติ CPG-PDC ไปใช้ ดังภาพ 2 ระหว่างเดือนเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคล และทีมสุขภาพจึงจะเกิดประสิทธิผลได้ตามต้องการ รวมทั้งต้องใช้กลยุทธ์หลายอย่างร่วมกัน เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จำนวน 18 ราย เครื่องมือ คือ แนวปฏิบัติ CPG-PDC ดำเนินการ โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมในหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเพื่อให้รับทราบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นทางการ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์รายละเอียดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก และคู่มือทั้งหมด เพื่อสนับสนุนการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต มีการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคจาก การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก วันละ 1 ครั้ง ในการการคุยกันยามเช้าก่อนการรับ-ส่งเวร (Morning huddle) และติดตามแก้ไขปัญหาในวาระประชุมหน่วยงานทุกเดือน ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 – เมษายน พ.ศ. 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการใช้ และประเมินผลตามกรอบ (National Health and Medical Research Council, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 ราย 2) ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายที่สามารถสื่อสารได้ โดยประเมินจากคะแนน RASS > -3 คะแนน ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ CPG-PD เดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 121 ราย โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากสถิติประจำเดือนของหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ CPG-PD เดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 106 ราย โดยรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้าจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของ

หน่วยงาน เครื่องมือ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC และแบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต การวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ใช้สถิติเชิงบรรยาย Chi square test และวิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้ CPG-PDC ด้วยการปรับอิทธิพล Multivariable risk difference regression และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ด้วยด้วย Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 015/61 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้ CPG-PDC ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC (n=227 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ใช้ CPG-PDC (n= 121)		ใช้ CPG-PDC (n= 106)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	75	62.0	69	65.1	0.679
หญิง	46	38.0	37	34.9	
อายุ					
15 - 35 ปี	5	4.1	3	2.8	
36 - 60 ปี	27	22.3	20	18.9	
มากกว่า 60 ปี	89	73.6	83	78.3	0.223
ระดับความรู้สึกตัว (คะแนนกลาสโกว์)					
3-8 คะแนน	0	0	0	0	
9-12 คะแนน	13	10.7	15	14.2	
13-15 คะแนน	108	89.3	91	85.8	0.438
การวินิจฉัยโรค					
ความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอด	72	59.5	68	64.2	<0.001
ความผิดปกติระบบหัวใจและหลอดเลือด	45	37.2	16	15.1	
ความผิดปกติระบบสมองและประสาท	0	0	11	10.4	
ความผิดปกติระบบไต	1	0.8	6	5.7	
ความผิดปกติระบบเลือด (โรคเลือด)	1	0.8	0	0	
ความผิดปกติระบบต่อมไร้ท่อ	0	0	3	2.8	
ความผิดปกติจากยาหรือสารพิษเกินขนาด	0	0	1	0.9	
ความผิดปกติระบบเซลล์ (โรคมะเร็ง)	2	1.7	1	0.9	
ภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวาย (คะแนน RASS)					

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ใช้ CPG-PDC (n= 121)		ใช้ CPG-PDC (n= 106)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับ +1 ถึง +4	31	29.2	42	34.7	
ระดับ 0	69	65.1	73	60.3	0.096
ระดับคะแนน -1 ถึง-5	6	5.7	6	5.0	

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.98 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.55 มีความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอดร้อยละ 59.50 มีระดับความรู้สึกตัว GCS อยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนนร้อยละ 89.26 มีการประเมินคะแนน RASS ส่วนใหญ่เป็นรู้สึกตัวดีและสงบอยู่ในระดับคะแนนเท่ากับ 0 ร้อยละ 60.33 สำหรับกลุ่มใช้ CPG-PDC จำนวน 106 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.09 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 78.30 ส่วนใหญ่มีความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอดร้อยละ 64.15 มีระดับความรู้สึกตัว GCS อยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนน ร้อยละ 85.85 คะแนน ภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวายส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนนเท่ากับ 0 คิดเป็นร้อยละ 65.09 โดยข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 ประสิทธิผลของ CPG-PDC ของกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ด้วย Chi square test (n=227)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ใช้ CPG-PDC (n = 121)		ใช้ CPG-PDC (n = 106)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน					
1 - 5 ปัจจัย	13	10.7	33	31.1	
6 - 10 ปัจจัย	104	86.0	73	68.9	<0.001
การใช้ยานอนหลับ					
ไม่ใช้ยา (ราย)	105	86.8	90	84.9	
ใช้ยา (ราย)	16	13.2	16	15.1	0.706
การใช้ยาระงับประสาท					
ไม่ใช้ยา (ราย)	102	84.3	90	84.9	
ใช้ยา (ราย)	19	15.7	16	15.1	0.853
การใช้ยาระงับปวด					
ไม่ใช้ยา (ราย)	74	61.2	20	18.9	
ใช้ยา (ราย)	47	38.8	86	81.1	<0.001

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งกลุ่มใช้และไม่ใช้CPG-PDC มีความแตกต่างกันโดยกลุ่มใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันระดับปานกลางร้อยละ 68.87 รองลงมามีความเสี่ยงระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 31.13 สำหรับกลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 85.95 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ใช้ยานอนหลับและไม่ใช้ยาต้านอาการทางจิต สำหรับการใช้ยาระงับปวด พบว่า กลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาระงับปวด ร้อยละ 61.16 สำหรับกลุ่มใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่ใช้ยาระงับปวดถึงร้อยละ 81.13 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$

ตาราง 3 ปรับอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลของ CPG-PDC ด้วยสถิติ Multivariable risk difference regression

ตัวชี้วัด	ไม่ใช้ CPG-PDC (n = 121)		ใช้ CPG-PDC (n = 106)		Adjusted effect	95%CI	*p*-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ			
การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	42	34.7	15	14.2	-7.8	-16.2-0.7	0.071
การใช้ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic drug)	19	30.9	15	100	13	3.6-22.5	< 0.001

จากตาราง 3 พบว่า การใช้ CPG-PDC จะเพิ่มการใช้ยาต้านอาการทางจิตร้อยละ 13 ($p < 0.001$) และการใช้ CPG-PDC ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลงได้ร้อยละ 7.8 ($p= 0.071$) โดยลดได้ตั้งแต่ร้อยละ 7-16.2

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ระหว่างกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวชี้วัด	ไม่ใช้ CPG-PDC (n = 121)		ใช้ CPG-PDC (n = 106)		t	95% CI	*p*-value
	M	*S.D.*	M	*S.D.*			
ระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ (เวร/ราย)	4.5	(±8.2)	0.9	(±2.9)	2.6	1.9 - 3.2	< 0.001

จากตาราง 4 พบว่า ระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ลดลงเหลือ 0.9 เวร/รายแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้ CPG-PDC (n=18)

หัวข้อที่ประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก	ความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=18)						
	มาก		ปานกลาง		น้อย		เฉลี่ย
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ
มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	11	61.1	7	25.9	0	0.0	87.0
มีความสะดวกในการปฏิบัติ	12	66.7	6	22.2	0	0.0	88.9
ใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	15	83.3	3	11.1	0	0.0	94.4
ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย	11	61.1	7	25.9	0	0.0	87.0
ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้	13	72.2	5	18.5	0	0.0	90.7
ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล	16	88.9	2	7.4	0	0.0	96.3
มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	11	61.1	7	25.9	0	0.0	87.0
ภาพรวมเฉลี่ย				**ร้อยละ 90.2**			

จากตาราง 5 พบว่า การประเมินความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 18 คน พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยโดยมีคะแนนพึงพอใจในการใช้ภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ 90.20

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาได้ CPG-PDC ที่ทบทวนรอบ (Version) 2 ประกอบด้วยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) การป้องกันการเกิดภาวะภาวะสับสนเฉียบพลัน 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 5) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบันทึก 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมีข้อสรุปสิ่งที่ปรับเปลี่ยน เพิ่มจากใน Version 1 ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological prevention) เดิมใช้รูปแบบ Care bundle ABCDE ซึ่งมาจาก A คือ (Assess, prevent & manage pain, B คือ (Both spontaneous awakening Trials (SAT) & Spontaneous Breathing Trial (SBT)), C คือ (Choice of sedation), D คือ (Delirium reduction interventions) ประกอบด้วย Re-orientation และ Sleep promotion, E คือ (Early Exercise and Mobility) ประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ 1) การประเมินการป้องกันและการจัดการความปวด 2) การประเมินการตื่นและความพร้อมในการหายใจเอง 3) การประสานความร่วมมือการจัดการความปวดและภาวะกายใจไม่สงบทั้งแนวทางใช้ยาและไม่ใช้ยา 4) การประเมินผลและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันทุกวัน 5) การกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายโดยเร็วปรับมาเป็น Care bundle ABCDEF โดยเพิ่ม F คือ (Family-communication and involvement) (Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2016) F คือ (Family-communication and involvement) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ ในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

2. โปรแกรมประยุกต์สำเร็จรูป (application program) ประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกวัน จากรูปแบบ PRE-DELIRIC model ปรับเป็น E-PREDELIRIC (Early-PREdiction of DELIRium in Icu) เป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยด้านอายุ คะแนน APACHE II ระดับความเจ็บป่วย ประเภทของผู้ป่วย การติดเชื้อ ค่าความเป็นกรดด่างของผลเลือด การใช้ยา Morphine การใช้ยาลดปวด การทำหน้าที่ของไต และความเร่งด่วนในการรับการรักษา (Linkaite, Riauka, Bunevičiute, & Vosylius, 2018) ซึ่งเครื่องมือนี้สะดวก ใช้เวลาน้อยกว่าเดิมจาก 3 - 5 นาที เหลือเพียง 1 นาที

การเกิดผลลัพธ์ที่ดีส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะที่สำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ครบตามองค์ประกอบทุกด้าน ประการแรก ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตตามโปรแกรมสำเร็จรูปแบบ E-PRE-DELIRIC model อย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้สามารถทำนายโอกาสของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สามารถวางแผนป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบเฉพาะรายได้ ดังแสดงในภาพ 2 โดยผู้ป่วยที่ถูกทำนายเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 12.30 และเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 77.40 เลือกใช้มาตรการเพื่อป้องกันภาวะภาวะสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยา (รูปแบบ Care bundle ABCDEF) รวมถึงผู้ป่วยที่ถูกทำนายเสี่ยงสูงที่มีเพียง ร้อยละ 10.40 นอกจากเลือกใช้มาตรการเพื่อป้องกันเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยา ยังต้องรายงานแพทย์เลือกมาตรการแบบใช้ยาตามแนวทางได้

ประการที่สองจากการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ คือ มาตรการเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต 6 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 Assess, prevent & manage pain การประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอและจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้มาตรวัดความปวดที่เหมาะสมเฉพาะราย (Schiemann, Hadzidiakos, & Spies, 2011) ข้อเสนอแนะดังกล่าวทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตระหนักถึงการประเมินระดับความปวดให้บ่อยครั้งขึ้นเมื่อเข้าไปทำกิจกรรมการพยาบาล โดยจากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นได้ว่าการใช้ยาระงับปวดในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นร้อยละ 81.13 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่มีการใช้ยาระงับปวดร้อยละ 38.84 โดยเกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้มีการจัดการอาการปวด

อย่างเหมาะสม ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤต และลดการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ ซึ่งถ้าควบคุมสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ผู้ป่วยจะพัฒนาต่อไปสู่ภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Van, Elseviers, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2009)

ข้อที่2 Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) & Spontaneous Breathing Trial (SBT) ประกอบด้วย การหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกให้เร็วที่สุด ทำการประเมินเพื่อหยุดการใช้ยาระงับประสาททุกวัน (Mistraletti, Pelosi, Mantovani, Berardino, & Gregoretti, 2012)

ข้อที่ 3 Choice of sedation แพทย์มีการเลือกใช้ยาระงับประสาท อย่างเพียงพอและเหมาะสม รวมถึงการถอดท่อช่วยหายใจจะส่งผลต่อการสื่อสารและการรับรู้ที่ดีขึ้น สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและระยะเวลาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตลง (Brummel & Girard, 2013) โรงพยาบาลลำปาง มีการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning protocol) อย่างต่อเนื่องมานานกว่า 16 ปี โดยจากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นได้ว่า การใช้ยาระงับประสาทในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นร้อยละ 15.09 ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ใช้ยาระงับประสาทเป็นร้อยละ 15.71 ซึ่งเกิดจากการนำเอาการปฏิบัติข้อนี้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในหน่วยงาน

ข้อที่ 4 Delirium reduction interventions ประกอบด้วย Re-orientation การให้ข้อมูลและมีการแจ้งเตือนกับผู้ป่วยวิกฤตเรื่องวัน เวลา และสถานที่ที่เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่เป็นจริง (Colombo, Corona, Praga, Minari, Giannotti, & Castelli, et al, 2012) ข้อเสนอแนะดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในหน่วยงานเนื่องจากไม่เคยนำมาปฏิบัติในหน่วยงานมาก่อน ข้อเสนอแนะข้อนี้สามารถปฏิบัติได้ง่าย ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ตระหนักถึงการไม่รับรู้กาลเวลา และสถานที่ของผู้ป่วย และการย้ายเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยแยกไม่ได้ระหว่างกลางวัน หรือกลางคืน ซึ่งเป็นปัจจัยชักนำของภาวะสับสนเฉียบพลัน การให้ข้อมูลสามารถปฏิบัติได้กับผู้ป่วยที่มีผลคะแนนการประเมินภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่ในระดับมากกว่า -3ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกตัวและสามารถจะสื่อสารได้ (Desai, Chau, & George, 2013) จากข้อมูลในตาราง 1 จะเห็นได้ว่าผลคะแนนการประเมินภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึม สับสนหรือกระวนกระวายกระสับกระส่าย ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 คือรู้สึกตัวดีและสงบ ร้อยละ 65.09 อยู่ในระดับค่าบวก คือ พักได้น้อย หรือกระสับกระส่าย ร้อยละ 29.25 อยู่ในระดับค่าลบ คือ หลับ ง่วงซึมไม่ตื่น ร้อยละ 5.66 ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 คือ รู้สึกตัวดีและสงบ ร้อยละ 65.1 อยู่ในระดับค่าบวก คือ พักได้น้อยหรือกระสับกระส่ายร้อยละ 34.71 อยู่ในระดับค่าลบ คือ หลับ ง่วงซึม ไม่ตื่น ร้อยละ 4.96 และอีกข้อคือ การส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตโดยการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม (Sleep promotion) เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพของการนอนหลับที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ กิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีชั่วโมงเงียบในหอผู้ป่วยวิกฤตวันละ 2 ครั้ง โดยควบคุมระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนัก โดยปรับลดความดังของเสียงสัญญาณเตือนของอุปกรณ์เครื่องมือ วิทยุ โทรศัพท์ การปรับลดหรือปิดแสงไฟที่รบกวนผู้ป่วยลงในช่วงเวลากลางคืน และในเวลากลางวันให้ใช้แสงจากธรรมชาติมากที่สุด การแขวนป้ายงดใช้เสียง หรือกั้นผ้าม่านบริเวณเตียงผู้ป่วย เมื่อจัดกิจกรรมชั่วโมงเงียบ (Dennis, Lee, Woodard, Szalaj, & Walker, 2010) การมีกิจกรรมทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น การเลือกใช้ดนตรีบำบัด การนวดหลัง และการใช้สุคนธบำบัด รวมถึงหากส่งเสริมการนอนหลับด้วยการไม่ใช้ยา ไม่ได้ผล รายงานแพทย์พิจารณาการจัดการด้วยการใช้ยาร่วม (Konkani & Oakley, 2012) ข้อเสนอแนะดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ตระหนักถึงการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและขจัดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตผ่อนคลายพักหลับได้ดีขึ้นซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้ยานอนหลับในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่เป็นร้อยละ

15.09 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ใช้ยานอนหลับร้อยละ 13.22 ซึ่งแสดงถึงการจัดการการนอนหลับโดยทีมสุขภาพได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในแนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อที่ 5 Early Exercise and Mobility การกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิกฤตเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายโดยเร็ว เป็นเวลา 15 นาที 3 ครั้งต่อวัน โดยพิจารณาตามความเหมาะสม (Zomorodi, Topley, & McAnaw, 2012) ผู้ป่วยวิกฤตบางรายมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก็สามารถออกกำลังกายได้ (Fan, Guo, Li, & Zhu, 2012) ข้อเสนอแนะดังกล่าวเกิดการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่ดีกว่าแบบเดิมจากเดิมให้ผู้ป่วย หรือคนช่วยจัดให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ข้อต่าง ๆ อยู่ในเตียง หากผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติมาเป็นจัดให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง และห้อยขาลงข้างเตียง รวมถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วย โดยนำผู้ป่วยลงมานั่งหรือยืนที่เก้าอี้ข้างเตียง ส่งผลต่อการรับรู้และปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อ 6 Family-communication and involvement ญาติมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล สื่อสาร และสร้างเสริมพลังอำนาจ จากการเพิ่มให้ญาติมีส่วนร่วม Version 2 จึงมีการประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 30 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบ rating scale 3 ระดับ พบว่า ผู้ป่วยอยากให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมการป้องกันรูปแบบมาตรการแบบไม่ใช้ยาทุกข้อ โดยมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 80.00 ทุกข้อ มีภาพรวมเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 96.80 ข้อเสนอแนะ คือ การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบใช้ยา สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่พบว่ามีความเสี่ยงสูง รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจะมีการรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาการให้ยากลุ่มต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันตามดุลยพินิจของแพทย์ (Colombo, Corona, Praga, Minari, Giannotti, Castelli, et al, 2012) ซึ่งเดิมในหน่วยงาน แพทย์มักเลือกใช้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และจับกับสารกาบาภายในสมองอย่างมากส่งผลต่อการส่งกระแสประสาท ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เสี่ยงต่อการเกิดเป็นภาวะสับสนเฉียบพลัน (Van, Elseviers, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2009) เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยแพทย์มีการพิจารณาเลือกใช้ยากลุ่มต้านอาการทางจิตแทนยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน จากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นได้ว่าการใช้ยาต้านอาการทางจิต กลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่มีการใช้ยาต้านอาการทางจิตร้อยละ 30.92 โดยเกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่ได้เกิดจากการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีเนื้อหาค่อนข้างครอบคลุมทุกด้านของการป้องกันเพียงอย่างเดียว การใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยอาศัยการบูรณาการ กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทเกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ ผู้ศึกษาในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ใช้บทบาทการเป็นผู้นำส่งเสริมการให้ความรู้ รวมถึงการกำกับนิเทศทั้งใน และนอกเวลาราชการ อีกทั้งก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ได้มีการใช้การประชาสัมพันธ์ (National Health and Medical Research Council, 2000) เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ โดยการจัดประชุมในหน่วยงานให้กับพยาบาลครบทุกคน เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยวิกฤต การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต การจัดทำบอร์ดเพื่อเผยแพร่ CPG-PDC การติดแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเข้าใจได้ง่ายในห้องทำงาน การจัดทำคู่มือฉบับเต็มและฉบับย่อแบบพกพา รวมถึงการจัดทำแฟ้มข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ของแนวปฏิบัติไว้ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน เพื่อสะดวกต่อผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติได้โดยง่าย รวมถึงผู้ศึกษาจัดทำและกำหนดตารางเวลาของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต และนำมาติดไว้ในห้องทำงาน ทำให้สะดวกต่อพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทราบว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติได้ และสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนกิจกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การประชาสัมพันธ์ในกลุ่มญาติ จัดทำบอร์ดและแจกแผ่นพับสำหรับญาติเพื่อให้ความรู้ แนวทางการ

ป้องกัน และวางแผนร่วมกับญาติ และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการนอนหลับ การจัดชั่วโมงเงียบและการเข้าเยี่ยมอย่างเหมาะสม รวมถึงสนับสนุนด้านกำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้กับป่วยวิกฤต

ในระหว่างที่มีการใช้ CPG-PDC ผู้ศึกษาได้ติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (National Health and Medical Research Council, 2000) ซึ่งพบว่า มีข้อสังเกตที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง ได้แก่ ประการแรก การส่งเสริมการนอนหลับโดยการจัดชั่วโมงเงียบ พบว่าจากระบบโครงสร้างสภาพในหอผู้ป่วยเป็นระบบเปิด ไม่มีห้องแยก เมื่อต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงการทำหัตถการ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับเสียงหรือปรับลดแสงไฟที่รบกวนผู้ป่วยลงได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยข้างเตียงนอกจากนั้นระบบไฟฟ้าในหอผู้ป่วยจะจ่ายแสงไฟฟ้าพ่วง 2 จุดแต่ 1 สวิตช์ไฟ ทำให้มีข้อจำกัดว่าไม่สามารถจัดชั่วโมงเงียบผู้ป่วยได้พร้อมกัน ผู้ศึกษาจึงนำข้อสังเกตที่พบในช่วงพบกันก่อนรับเวรเช้า นำเสนอผู้บริหารให้แยกระบบแสงไฟฟ้าเป็น 1 จุดต่อ 1 สวิตช์ไฟ แทนภายในห้องทำงาน ในระหว่างรอการดำเนินการนั้น ผู้ศึกษาจึงเสนอให้มีการเลือกใช้อุปกรณ์หน้ากากปิดตา รวมถึงที่อุดหูสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเสียงและแสงไฟตามความต้องการของผู้ป่วย และดำเนินการแยกระบบแสงไฟฟ้าแล้วเสร็จในสัปดาห์ที่ 8 ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

สิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการศึกษาครั้งนี้ คือ แนวปฏิบัติใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยและมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติสูง ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ จากการที่ผู้ศึกษาได้มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (ดังแสดงในตาราง 3) เนื่องจากในหน่วยงานมีพยาบาล ร้อยละ 25 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติและมีทัศนคติที่ดี รวมถึงผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้งในด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะการปฏิบัติ ผู้ศึกษาเป็นหัวหน้าหอ ซึ่งเป็นผู้นำต้องอาศัยการนิเทศ สาธิต และกำกับการปฏิบัติที่ข้างเตียงของผู้ป่วยและเป็นตัวอย่างแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นรายบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจมีทักษะในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จึงได้รับการสนับสนุนที่ดีจากพยาบาลและได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานมีวัฒนธรรมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีและมีมาตรฐาน

จากการวิจัย อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงในตาราง 3 มีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ หน่วยงานมีบรรยากาศของการเรียนรู้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้แนวปฏิบัติ หน่วยงานมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

การนำผลการศึกษาไปใช้

1. นำผลการวิจัยเสนอแก่ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ให้มีการแก้ปัญหา โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ เพื่อพิจารณานำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตมาใช้ และขยายผลการวิจัยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สถานที่ทำงานจำเป็นต้องเป็นองค์กรแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมถึงการนำเอาการปฏิบัติมาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

3. พยาบาลวิชาชีพควรติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลายๆ หอผู้ป่วยวิกฤต (Multisite research) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

References

Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: ฟ review. *Nursing in Critical Care, 14*(3), 145–154.

Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw-Hill.

Boot, R. (2012). Delirium: a review of the nurse role in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing,* 28(3), 185–189.

Bourne, R. S. (2008). Delirium and use of sedation agents in intensive care. *Nursing in Critical Care, 13*(4), 195-202.

Brummel, N. E. & Girard, T. D. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical care Clinics, 29*(1), 51-65.

Colombo, R., Corona, A., Praga, F., Minari, C., Giannotti, C., & Castelli, A., et al. (2012). A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiologica, 78*(9), 1026–1033.

Dennis, C. M., Lee, R., Woodard, E. K., Szalaj, J. J., & Walker, C. A. (2010). Benefits of quiet time for neuro-intensive care patients. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 42*(4), 217–224.

Desai, S., Chau, T., & George, L. (2013). Intensive care unit delirium. *Critical Care Nursing Quarterly, 36*(4), 370–389.

Doungkaew, N. (2011). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of unplanned endotracheal extubations in medical intensive care unit, Lampang Hospital.* Master of nursing science (Adult nursing) faculty of nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Environmental Protection Agency, Washington DC. (1974). Information on levels of environmental noise requisite to protect public health and welfare with an adequate margin of safety, Retrieved October 30, 2022 from https://www.nonoise.org/library/levels74/levels74.htm.

Fan, Y., Guo, Y., Li, Q., & Zhu, X. (2012). A review: nursing of intensive care unit delirium. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 44*(6), 307–316.

Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2016). Intensive care unit delirium: a review of diagnosis, prevention, and treatment. *Anesthesiology, 125*(6), 1229–1241. doi: 10.1109/IEEESTD.2007.4299432.

Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI levels of evidence.* Retrieved Jan 1, 2018 from https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of evidence_2014_0.pdf

King, J., & Gratrix, A. (2009). Delirium in intensive care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 9*(5), 144–147.

Konkani, A. & Oakley, B. (2012). Noise in hospital intensive care units - a critical review of a critical topic. *Journal of Critical Care, 27*(5), 522.e1-9.

Laohatanakom, S. (2014). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of delirium among critically ILL patients, medicial intensive care unit, Lampang hospital.* Master of nursing science (Adult nursing) faculty of nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Laohatanakom, S. (2018). *Clinical practice guidelines for the prevention of acute confusional states in Sub Intensive Care Unit.* Lampang: Department of nursing, Lampang Hospital. (in Thai)

Linkaite, G., Riauka, M., Bunevičiute, I., & Vosylius, S. (2018). Evaluation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for the patients in the care unit. *Acta Medica Lituanica, 25*, 14-22.

Maldonado, J. R. (2008). Delirium in the acute care setting: Characteristics, diagnosis and treatment. *Critical Care Clinics, 24*(4), 657–722.

Maria, M. (2012). Delirium: a distressing and disturbing clinical event in a Intensive Care Unit. *Health Science Journal, 6*(4), 587-597.

Mistraletti, G., Pelosi, P., Mantovani, E. S., Berardino, M., & Gregoretti, C. (2012). Delirium: clinical approach and prevention, best practice & research. *Clinical Anaesthesiology, 26*(3), 311–326.

National Health and Medical Research Council. (1999). A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. Canberra: Commonwealth Australia.

National Health and Medical Research Council. (2000). *How to put the evidence into practice: Implementation and dissemination strategies.* Canberra: Commonwealth Australia.

Pun, B. T., & Boehm, L. (2011). Delirium in the intensive care unit: Assessment and AACN *Advanced Critical Care, 22*(3), 225–237. https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e318220c173

Rand, D., Lehman, B., & Shteynberg, A. (2007, June). Issues, models and solutions for triac modulated phase dimming of LED lamps. *In 2007 IEEE Power Electronics Specialists Conference* (pp. 1398-1404). IEEE.

Schiemann, A., Hadzidiakos, D., & Spies, C. (2011). Managing ICU delirium. *Current Opinion in Critical Care, 17*(2), 131–140.

Statistics of internal medicine wards registration III. (2017). *Lampang: internal medicine wards.* Lampang Hospital. (in Thai)

Tabet, N., & Howard, R. (2006). Prevention, diagnosis and treatment of delirium: Staff educational approaches. Expert Review of Neurotherapeutics, 6(5), 741–751.

Thongchai, C. (2005). Clinical practice guidelines development. *The Thai Journal of Nursing Council, 20*(2), 63-76.

Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care (London, England), 13*(3), R77.

Van, R. B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2008). Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing, 24*(2), 98–107.

Zomorodi, M., Topley, D., & McAnaw, M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. *Critical Care Research and Practice, 2012*, 964547. doi: 10.1155/2012/964547

Journal of Health and Pedagogy

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรณีศึกษาพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง

Achievement in Covid-19 Control Operations in the Community by Village Health Volunteers: A Case Study from Muang Bang Rin Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Ranong Province

จุฬารัตน์ ไชยจิโรจ

Jurarat Chaijiroj

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง

Bang Rin Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Ranong Province

(Received: February 28, 2023, Revised: March 18, 2023, Accepted: March 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. รพ.สต. ตำบลบางริ้น คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 112 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M= 4.34, *S.D.*= 0.36) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.53, *S.D.*= 0.46) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่า อสม. ที่มีอายุต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แตกต่างกัน ระยะเวลาการเป็น อสม.ต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการป้องกันโรคแตกต่างกัน สถานภาพของ อสม. ที่แตกต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และด้านการค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องเสริมสร้างให้ อสม. ให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของ อสม. ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมตนเองรวมทั้ง เสริมการปรับพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

คำสำคัญ : การควบคุมโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding: e-mail: ch.jurarat@gmail.com)

Abstract

This survey research aimed to: 1) study the level of success in the COVID-19 control operations and 2) compare the average success rates in the COVID-19 control operations in the community of Village Health Volunteers (VHVs) in the area of Bang Rin Sub-district Health Promoting Hospital, Muang District, Ranong Province. The sample was 112 VHVs in Bang Rin Sub-district Health Promoting Hospital. Stratified random sampling method was used. Data were collected during September-October 2022. The tool used was an interview form. Its reliability was tested, obtaining a value of 0.87. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test statistics, and one-way ANOVA.

The results showed that overall, the success of the implementation of Covid-19 infection control in the community by VHVs was at a high level (M = 4.34, *S.D.*= 0.36). The motivation to work was at the highest level (M = 4.53, *S.D.*= 0.46). There has been success in the overall control of Covid-19 in terms of disease prevention, proactive disease control, and motivation to work. VHVs who were different in age, gender, and duration of being volunteer had different successes in the operation of COVID-19 infection control.

Related agencies should strengthen VHVs to have better knowledge about surveillance and prevention of Covid-19.

Keywords: Disease Control, Covid-19, Village Health Volunteers

บทนำ

โคโรนาไวรัสเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคนเช่นกัน ซึ่งหากรุนแรงมากอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและเพศชาย เมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงมากกว่า (World Health Organization, 2020) สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยติดต่อผ่านทางละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัส จากการไอหรือจาม แล้วหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ปอด รวมไปถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อโดยที่มือสัมผัสกับน้ำมูกน้ำลาย หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัส (Chanthabenjakul, 2020) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดที่เกิดจากไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรก ซึ่งไวรัสสายพันธุ์ใหม่นี้ถือว่าร้ายแรงเมื่อเทียบกับโรคระบาดอื่น ๆ ในอดีตที่ผ่านมา (Wae, 2020) พบผู้ป่วยรายแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย ประเทศจีน และแพร่กระจายไปยังประเทศอื่น โดยพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 (Department of Disease Control, 2022) ปัจจุบันประเทศไทยและทั่วโลก ยังมีการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว จากรายงานผู้ยืนยันทั่วโลก ณ วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ประเทศที่พบผู้ป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วย 37,939,641 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 11,331.85 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 629,411 ราย คิดเป็นอัตราตาย 187.99 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาประเทศอินเดีย มีผู้ป่วย 32,474,773 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2,308.69 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 435,110 ราย คิดเป็นอัตราตาย 30.93 ต่อประชากรแสนคน และประเทศบราซิล มีผู้ป่วย 20,583,994 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 9,558. 14 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 574,848 ราย คิดเป็นอัตราตาย 266.93 ต่อประชากรแสนคน สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ 4,463,557 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6,753.71 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 30,143 ราย คิดเป็นอัตราตาย 45.61 ต่อประชากรแสนคน (Ranong Provincial Public Health Office, 2022)

จังหวัดระนอง มีผู้ป่วยยืนยันสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 20,516 ราย เสียชีวิต 133 ราย และอำเภอเมืองระนอง เป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยยืนยันสะสมมากที่สุด โดยตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยันสูง ประกอบด้วย ตำบลเขานิเวศน์ ตำบลบางริ้น ตำบลปากน้ำ และตำบลบางนอน (Ranong Provincial Public Health Office, 2022) สำหรับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางริ้น สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบอัตราป่วย หมู่ที่ 1 บ้านบางกลาง มีสูงที่สุด คือ 6,922.95 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ หมู่ที่ 3 บ้านพรรั้ง คือ 6,809.77 ต่อประชากรแสนคน โดยพบในประชาชนได้ทุกกลุ่มอายุ พบมากในวัยทำงาน รองลงมา คือ ผู้สูงอายุ และวัยเรียน ตามลำดับ อาชีพมากที่สุด คือ รับจ้าง รองลงมา คือ ว่างงาน และนักเรียน ช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ ช่วงเดือนสิงหาคม (Office of Public Health Muang District, 2022) และจังหวัดระนอง ได้มีการวางกลยุทธ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ถึงในระดับชุมชน โดยผ่าน อสม.

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ภายใต้สถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องอาศัยแรงจูงใจเพื่อให้งานเกิดความสำเร็จในการดูแลตนเอง และชุมชนให้ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ โดยธรรมชาติพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนต้องการความปลอดภัยในชีวิต นอกจากนี้ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบปัจจัยภายใน 5 องค์ประกอบ คือ 1) การป้องกันโรค 2) การดูแลสุขภาพ 3) การล้างมืออย่างถูกวิธี 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค และองค์ประกอบปัจจัยภายนอก 4 องค์ประกอบ คือ 1) การควบคุมโรคเชิงรุก 2) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม 3) การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล และ 4) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (Nawsuwan, Singweratham, Waichompu, & Chayakul, 2022)

ดังนั้น ความสำเร็จในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นบทบาทสำคัญ ผู้วิจัยตระหนักถึงการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ในพื้นที่ รพ.สต. ตำบลบางริ้น ที่มีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งควบคุมโรคไม่ให้มีการระบาดในวงกว้าง ได้ภายใน 3 เดือน ฉะนั้น ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน จะได้สามารถนำมาผลมาวิจัยใช้ประโยชน์ในการพัฒนา อสม. ใน รพ.สต. ตำบลบางริ้น ให้มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. กรณีศึกษาพื้นที่ รพ.สต. ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง

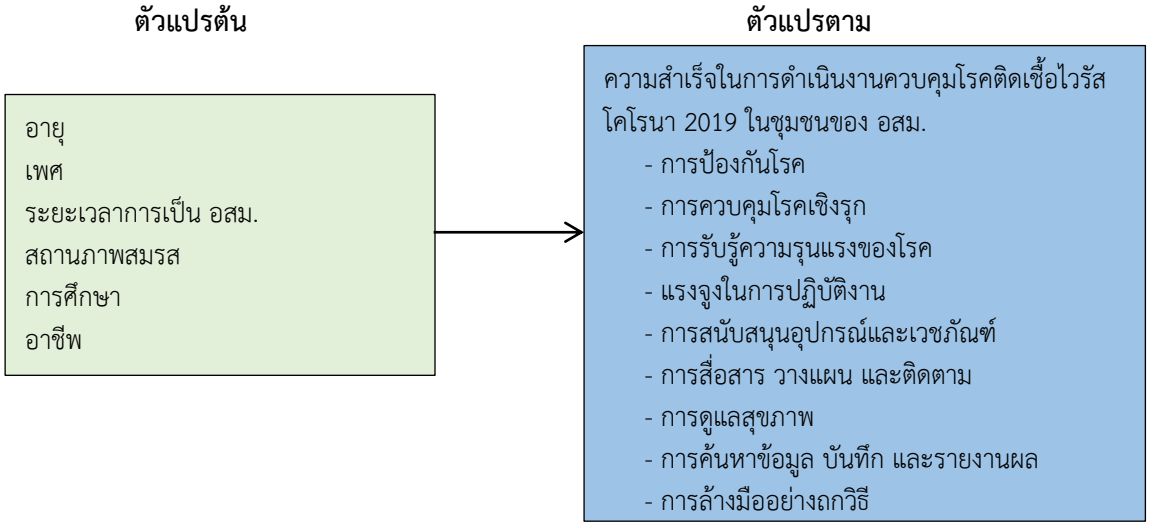
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ในพื้นที่ รพ.สต. ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำแนกตามอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็น อสม. สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ

สมมติฐาน

อสม. ที่มีอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็น อสม. สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ประเทศไทย ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายใน 5 องค์ประกอบ คือ 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง 2) การดูแลสุขภาพตนเอง 3) การล้างมืออย่างถูกวิธี 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค สำหรับองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายนอก 4 องค์ประกอบ คือ 6) การควบคุมโรคเชิงรุก 7) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม 8) การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล และ 9) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ รพ.สต. ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำนวน 128 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 112 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้ตารางขนาดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มอีก 15% จำนวน 15 คน (Naing, Winn, & Rusli, 2006) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 112 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน จากนั้นผู้วิจัยจะสุ่มอย่างง่าย ตามสัดส่วนในแต่ละหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 และ 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) ไม่ได้อยู่พื้นที่ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจาก Nawsuwan, Singweratham, Waichompu, & Chayakul (2022) และ Boonpal (2021) โดยวัดความสำเร็จในการดำเนินงานในปี 2565 โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วยอายุ เพศ ระยะเวลาการเป็น อสม. สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน จำนวน 9 ด้าน ทั้งหมด 50 ข้อ ได้แก่ 1) การป้องกันโรค จำนวน 8 ข้อ 2) การควบคุมโรคเชิงรุก จำนวน 9 ข้อ 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 6 ข้อ 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ จำนวน 4 ข้อ 6) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม จำนวน 5 ข้อ 7) การดูแลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 8) การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล จำนวน 3 ข้อ และ 9) การล้างมืออย่างถูกวิธี จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตั้งแต่ปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวม นำมาจัดเป็น 5 ระดับ (Best ,1977) ดังนี้ ความสำเร็จของการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา สสจ.ระนอง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.ระนอง ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. พื้นที่ รพ.สต.มิตรภาพ ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient of alpha) ตามวิธีของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือภายใน ถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองระนอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอดำเนินการวิจัยในพื้นที่ รพ.สต. ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยไปสัมภาษณ์ อสม. ในระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละชุดจะใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล คัดเลือกฉบับที่ไม่สมบูรณ์ออก เพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสำเร็จในการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. จำแนกตามตัวแปรเพศ โดยใช้สถิติ Independent t-test ส่วนตัวแปรอายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ก่อนการใช้สถิติดังกล่าวโดยพิจารณาจากกราฟฮิสโตรแกรม ที่มีลักษณะรูปสมมาตรหรือระฆังซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ COA_PHRN 020/2565 ดังนั้น ก่อนที่จะเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้มีการกำหนดไว้ ผู้วิจัยได้มีการอธิบาย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำผลไปใช้เป็นรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และเป็นแนวทางในการวางแผนการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดเชื้ออื่น ๆ ในพื้นที่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป อสม. ส่วนใหญ่เพศหญิงมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 92.85 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 39.28 รองลงมาอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 33.04 และอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 18.75 โดยมีอายุเฉลี่ย 56.04 ปี (*S.D.*= 10.74) อายุน้อยสุด 30 ปี และมากที่สุด 84 ปี เป็น ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนมากอยู่ระหว่าง 1 - 10 ปี และ 11 - 20 ปี ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 41.96 และ 41.10 โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.79 ปี (*S.D.*= 8.10) น้อยสุด 1 ปี และมากสุด 40 ปี ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.9 รองลงมาหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 28.57 และโสด ร้อยละ 12.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.50 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 24.11 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 22.32 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 44.64 รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 35.71 และพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 11.61

2. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	*S.D.*	ระดับ
การป้องกันโรค	4.31	0.59	มาก
1. ใช้ช้อนกลางเมื่อทานร่วมกับผู้อื่น	4.35	0.94	มาก
2. ทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ ด้วยความร้อน	4.33	0.71	มาก
3. เลือกทานอาหารที่ปรุงถูกสุขลักษณะเท่านั้น	4.32	0.74	มาก
4. เลือกทานอาหารที่มีประโยชน์	4.22	0.75	มาก
5. เว้นระยะ 1 -2 เมตรเมื่อต้องมีการพูดคุย	4.11	0.82	มาก
6. เปลี่ยนเสื้อผ้า อาบน้ำทันทีหลังเลิกงาน/เข้าบ้าน	4.07	0.78	มาก
7. สวมหน้ากากอนามัย เมื่อท่านไม่สบาย	4.49	0.77	มาก
8. สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน	4.59	0.69	มากที่สุด
การควบคุมโรคเชิงรุก	4.30	0.51	มาก
9. เยี่ยมบ้านโดยการเคาะประตูบ้านให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.24	0.75	มาก
10. สำรวจสุขภาพตนเองก่อนเข้าไปปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.41	0.69	มาก
11. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.34	0.69	มาก
12. สอนวิธีสังเกตอาการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.28	0.69	มาก
13. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทีมทำงานทันทีเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.38	0.69	มาก
14. เข้มงวดการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า	4.36	0.71	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	*S.D.*	ระดับ
15. เข้มงวดการปฏิบัติตามมาตรการห้ามออกนอกเคหะสถาน	4.22	0.79	มาก
16. เข้มงวดการปฏิบัติตามประกาศจังหวัด เช่น การเข้าออกพื้นที่ การงดจำหน่ายสุรา การรวมกลุ่ม เป็นต้น	4.20	0.78	มาก
17. แจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดสิ่งผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.30	0.73	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.37	0.70	มาก
18. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัสละอองน้ำลาย น้ำมูกเสมหะ การไอหรือจาม ของผู้มีเชื้อ	4.55	0.72	มากที่สุด
19. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย	4.27	0.85	มาก
20. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต	4.21	0.88	มาก
21. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง	4.30	0.93	มาก
22. การมีโรคประจำตัวและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 อาจเพิ่มความรุนแรงอันตรายถึงชีวิต	4.42	0.86	มาก
23. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	4.46	0.80	มาก
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.53	0.46	มากที่สุด
24. การทำงาน เป็นหน้าที่ที่ อสม. ต้องปฏิบัติอยู่แล้ว	4.58	0.78	มากที่สุด
25. การทำงาน เพื่อสุขภาพของพี่น้อง ประชาชน	4.50	0.78	มากที่สุด
26. การทำงาน เพื่อประเทศชาติและตอบแทนคุณแผ่นดิน	4.62	0.50	มากที่สุด
27. ภาคภูมิใจเมื่อชุมชนปลอดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.61	0.52	มากที่สุด
28. รู้สึกว่าเป็นบุคลากรสาธารณสุขคนหนึ่งที่เป็นกำลังสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศ	4.55	0.56	มากที่สุด
29. รู้สึกว่าเป็นมดงานที่มีพลังอันยิ่งใหญ่ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชน	4.48	0.56	มาก
30. ความรู้สึกว่าเป็นส่วนสำคัญในระดับชุมชนที่ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยและคนเสียชีวิตด้วยการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น	4.38	0.69	มาก
การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์	4.33	0.61	มาก
31. หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	4.34	0.65	มาก
32. หน่วยงานสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ทำลายเชื้อสำหรับการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	4.29	0.72	มาก
33. หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ เช่น Mask, Face shield, เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น	4.32	0.68	มาก
34. หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ที่ดีมีคุณภาพ	4.38	0.65	มาก
การสื่อสาร วางแผน และติดตาม	4.45	0.48	มาก
35. มีการสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ได้รับทราบ	4.46	0.59	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	*S.D.*	ระดับ
36. มีการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างสม่ำเสมอ	4.46	0.60	มาก
37. มีการกำหนดแผนงานการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ให้กับ อสม. อย่างชัดเจน	4.41	0.54	มาก
38. มีการมอบหมายงานการดำเนินการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างชัดเจน	4.44	0.56	มาก
39. มีการกำกับติดตามการดำเนินการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง	4.48	0.53	มาก
การดูแลสุขภาพ	4.06	0.65	มาก
40. ทานแร่ธาตุที่มีประโยชน์ เพื่อสร้างภูมิต้านทาน	4.16	0.70	มาก
41. ทานวิตามินหรือแร่ธาตุสำเร็จรูป เพื่อสร้างภูมิต้านทาน	4.00	0.86	มาก
42. ออกกำลังกาย 3–4 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งๆละ ไม่น้อยกว่า 30 นาที	3.95	0.86	มาก
43. ตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ ตามกำหนดที่ควรตรวจ	4.13	0.77	มาก
การค้นหาข้อมูลบันทึกและรายงานผล	4.08	0.63	มาก
44. ซักถามอาการเบื้องต้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน	4.20	0.65	มาก
45. มีข้อมูลการเข้าออกพื้นที่/กลับจากต่างประเทศที่ครัวเรือนรับผิดชอบ	3.97	0.87	มาก
46. บันทึกและรายงานผลการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่หน่วยงานเป็นประจำทุกวัน	4.08	0.73	มาก
การล้างมืออย่างถูกวิธี	4.42	0.58	มาก
47. ล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ทุกครั้ง	4.40	0.66	มาก
48. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70%) หลังหยิบจับ/สัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน	4.46	0.59	มาก
49. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70%) หลังปฏิบัติกิจส่วนตัวในห้องน้ำ	4.42	0.75	มาก
50. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาทีหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70%) ก่อนทานอาหาร/หยิบจับอาหาร	4.41	0.76	มาก
ภาพรวมทั้งหมด	**4.34**	**0.36**	**มาก**

จากตาราง 1 พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M= 4.34, *S.D.*= 0.36) โดยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.53, *S.D.*= 0.46) เพียงด้านเดียว สำหรับด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับมาก ดังนี้ การป้องกันโรค (M= 4.31, *S.D.*= 0.59) การควบคุมโรคเชิงรุก (M= 4.30, *S.D.*= 0.51) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (M= 4.37, *S.D.*= 0.70) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (M= 4.33, *S.D.*= 0.61) การดูแลสุขภาพ (M= 4.06, *S.D.*= 0.65) การค้นหาข้อมูลบันทึกและรายงานผล (M= 4.08, *S.D.*= 0.63) และการล้างมืออย่างถูกวิธี (M= 4.42, *S.D.*= 0.58)

3. ผลการเปรียบเทียบ อสม. ด้านเพศ การศึกษา และอาชีพ พบว่า มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ภาพรวม และรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างด้านอายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. และสถานภาพสมรส ดังตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรอายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. และสถานภาพสมรส ด้วยสถิติ One-way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน		df	SS	MS	F	*p*-value
อายุ						
ระหว่างกลุ่ม		3	3.05	1.01	5.76	< 0.01*
ภายในกลุ่ม		108	19.08	0.18		
การป้องกันโรค	รวม	111	22.13			
ระหว่างกลุ่ม		3	2.77	0.92	4.64	0.01*
ภายในกลุ่ม		108	21.49	0.02		
การควบคุมโรคเชิงรุก	รวม	111	24.25			
ระหว่างกลุ่ม		3	1.83	0.61	2.97	0.04*
ภายในกลุ่ม		108	22.20	0.21		
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	รวม	111	24.03			
ระหว่างกลุ่ม		3	1.19	0.40	4.08	0.01*
ภายในกลุ่ม		108	10.51	0.10		
ภาพรวม	รวม	111	11.70			
ระยะเวลาการเป็น อสม.						
ระหว่างกลุ่ม		3	1.63	0.54	2.87	0.04*
ภายในกลุ่ม		108	20.49	0.19		
การป้องกันโรค	รวม	111	22.13			
สถานภาพสมรส						
ระหว่างกลุ่ม		2	1.96	0.98	5.30	0.01*
ภายในกลุ่ม		109	20.16	0.19		
การป้องกันโรค	รวม	111	22.13			
ระหว่างกลุ่ม		2	1.43	0.72	3.41	0.04*
ภายในกลุ่ม		109	22.82	0.21		
การควบคุมโรคเชิงรุก	รวม	111	24.25			
ระหว่างกลุ่ม		2	2.75	1.38	3.57	0.03*
ภายในกลุ่ม		109	42.09	0.386		
การดูแลสุขภาพตนเอง	รวม	111	44.84			
ระหว่างกลุ่ม		2	2.37	1.19	3.45	0.04*
ภายในกลุ่ม		109	37.45	0.34		
การค้นหาข้อมูล	รวม	111	39.82			
ระหว่างกลุ่ม		2	3.53	1.76	7.19	< 0.01*
ภายในกลุ่ม		109	26.75	0.25		
บันทึกข้อมูลและรายงานผล	รวม	111	39.82			
ระหว่างกลุ่ม		2	0.77	0.39	3.86	0.024*
ภายในกลุ่ม		109	10.93	0.10		
การล้างมืออย่างถูกวิธี	รวม	111	30.28			

$p < 0.05$

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างด้านอายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. และสถานภาพสมรส พบว่า

อายุต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก และด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แตกต่างกัน

ระยะเวลาการเป็น อสม. พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. ต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการป้องกันโรค แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการค้นหาข้อมูล บันทึก และรายงานผล และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี แตกต่างกัน และได้ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD ดังตาราง 3 – 5

ตาราง 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ของอายุกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้าน และภาพรวม ด้วยการทดสอบ LSD

อายุ	n	M	*S.D.*	LSD			
				31– 40 ปี	41 –50 ปี	51–60 ปี	> 60 ปี
ภาพรวม							
30 - 40 ปี	10	4.44	0.12	-	0.51	0.73	0.02*
41 - 50 ปี	21	4.36	0.33	0.51	-	0.61	0.04*
51 - 60 ปี	44	4.40	0.31	0.73	0.62	-	< 0.01*
> 60 ปี	37	4.18	0.34	0.02*	0.04*	< 0.01	-
ด้านการป้องกันโรค							
30 - 40 ปี	10	4.43	0.32	-	0.70	0.84	0.02*
41 - 50 ปี	21	4.36	0.40	0.70	-	0.41	0.02*
51 - 60 ปี	44	4.45	0.36	0.84	0.41	-	< 0.01*
> 60 ปี	37	4.08	0.55	0.02*	0.02*	< 0.01*	-
ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก							
30 - 40 ปี	10	4.41	0.34	-	0.73	0.86	0.04*
41 - 50 ปี	21	4.47	0.38	0.73	-	0.46	< 0.01*
51 - 60 ปี	44	4.38	0.39	0.86	0.46	-	< 0.01*
> 60 ปี	37	4.08	0.55	0.04*	< 0.01*	< 0.01*	-
30 - 40 ปี	10	4.80	0.22	-	0.12	0.15	0.01*
41 - 50 ปี	21	4.52	0.48	0.12	-	0.67	0.21
51 - 60 ปี	44	4.57	0.54	0.15	0.67	-	0.04*
> 60 ปี	37	4.36	0.54	0.01*	0.21	0.04*	-
ด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี							
30 - 40 ปี	10	4.58	0.41	-	0.36	0.87	0.07
41 - 50 ปี	21	4.39	0.59	0.36	-	0.26	0.29
51 - 60 ปี	44	4.55	0.47	0.87	0.26	-	0.01*
> 60 ปี	37	4.24	0.53	0.07	0.29	0.01*	-

$p < 0.05$

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบอายุกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นรายคู่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวม จำนวน 3 คู่ คือ อายุระหว่าง 30 - 40 ปี กับอายุ > 60 ปี อายุระหว่าง 41 - 50 ปี กับอายุ > 60 ปี และอายุระหว่าง 51 - 60 ปี กับอายุ > 60 ปี ให้ผลแตกต่างกัน ด้านการป้องกันโรค จำนวน 3 คู่ คือ อายุระหว่าง 30 - 40 ปี กับอายุ > 60 ปี อายุระหว่าง 41 - 50 ปี กับอายุ > 60 ปี และอายุระหว่าง 51 - 60 ปี กับอายุ > 60 ปี ให้ผลแตกต่างกัน ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก จำนวน 3 คู่ คือ อายุระหว่าง 30 - 40 ปี กับอายุ > 60 ปี อายุระหว่าง 41 - 50 ปี กับอายุ > 60 ปี และอายุระหว่าง 51 - 60 ปี กับ อายุ > 60 ปี ให้ผลแตกต่างกัน ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 2 คู่ คือ อายุระหว่าง 30 - 40 ปี กับอายุ > 60 ปี และอายุระหว่าง 51 - 60 ปี กับอายุ > 60 ปี ให้ผลแตกต่างกัน และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี จำนวน 1 คู่ คือ อายุระหว่าง 51 - 60 ปี กับอายุ > 60 ปี ให้ผลแตกต่างกัน

ตาราง 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ของระยะเวลาการเป็น อสม. กับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการป้องกันโรค ด้วยการทดสอบ LSD

ระยะเวลาการเป็น อสม.	n	M	*S.D.*	1 - 10 ปี	11 - 20 ปี	21 - 30 ปี	> 30 ปี
1 - 10 ปี	47	4.39	0.38	-	0.57	0.05	0.02*
11 - 20 ปี	46	4.33	0.42	0.57	-	0.12	0.03*
21 - 30 ปี	15	4.13	0.48	0.05	0.12	-	0.24
> 30 ปี	4	3.84	0.48	0.02*	0.03*	0.24	-

$p < 0.05$

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการปฏิบัติงานกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายคู่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านป้องกันโรค จำนวน 2 คู่ คือ ระยะเวลาการเป็น อสม.ระหว่าง 1 - 10 ปี กับ > 30 ปี และระหว่าง 11 - 20 ปี กับ > 30 ปี ให้ผลแตกต่างกัน

ตาราง 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ของสถานภาพสมรสกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม และรายด้าน ด้วยการทดสอบ LSD

สถานภาพสมรส	n	M	*S.D.*	โสด	สมรส	หม้าย/หย่า/แยก
ภาพรวม						
โสด	14	4.30	0.32	-	0.35	0.32
สมรส	66	4.39	0.31	0.35	-	0.01*
หม้าย/หย่า/แยก	32	4.20	0.34	0.32	0.01*	-
ด้านการป้องกันโรค						
โสด	14	4.30	0.55	-	0.40	0.16
สมรส	66	4.41	0.36	0.40	-	< 0.01*
หม้าย/หย่า/แยก	32	4.11	0.49	0.16	< 0.01*	-
ด้านการป้องกันโรคเชิงรุก						
โสด	14	4.38	0.42	-	0.96	0.08
สมรส	66	4.37	0.40	0.96	-	0.01*
หม้าย/หย่า/แยก	32	4.13	0.58	0.08	0.01*	-

ตาราง 5 (ต่อ)

สถานภาพสมรส	n	M	*S.D.*	โสด	สมรส	หม้าย/หย่า/แยก
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง						
โสด	14	4.14	0.57	-	0.92	0.07
สมรส	66	4.13	0.63	0.92	-	0.01*
หม้าย/หย่า/แยก	32	3.78	0.63	0.07	0.01*	-
ด้านการค้นหาข้อมูล บันทึก และรายงาน						
โสด	14	3.98	0.78	-	0.17	0.67
สมรส	66	4.21	0.59	0.17	-	0.01*
หม้าย/หย่า/แยก	32	3.90	0.47	0.67	0.01*	-
ด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี						
โสด	14	4.48	0.45	-	0.68	0.03*
สมรส	66	4.54	0.49	0.68	-	< 0.01*
หม้าย/หย่า/แยก	32	4.14	0.53	0.03*	< 0.01*	-

$p < 0.05$

จากตาราง 5 เมื่อเปรียบเทียบสถานภาพกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายคู่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภาพรวม จำนวน 1 คู่ คือ สมรสกับหม้าย/หย่า/แยก ให้ผลแตกต่างกัน ด้านการป้องกันโรค จำนวน 1 คู่ คือ สมรสกับหม้าย/หย่า/แยก ให้ผลแตกต่างกัน ด้านการป้องกันโรคเชิงรุก จำนวน 1 คู่ คือ สมรสกับหม้าย/หย่า/แยก ให้ผลแตกต่างกัน ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 1 คู่ คือ สมรสกับหม้าย/หย่า/แยก ให้ผลแตกต่างกัน ด้านการค้นหาข้อมูล บันทึก และรายงาน จำนวน 1 คู่ คือ สมรสกับหม้าย/หย่า/แยก ให้ผลแตกต่างกัน และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี จำนวน 2 คู่ คือ โสดกับหม้าย/หย่า/แยก และสมรสกับหม้าย/หย่า/แยก ให้ผลแตกต่างกัน

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้สถานการณ์หนึ่งบุคคลจะมีความต้องการอย่างหนึ่ง ซึ่งความต้องการเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานในองค์กรใด ๆ ประกอบด้วยความต้องการ 3 ประเภท คือ 1) ความต้องการความสำเร็จ โดยบุคคลชอบสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองมีโอกาสรับผิดชอบและสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง 2) ความต้องการรักใคร่ผูกพัน โดยเป็นผู้มีความสามารถพิเศษในการสร้างเครือข่ายกับผู้อื่น และ 3) ความต้องการอำนาจ โดยบุคคลมีความต้องการมีอำนาจเพื่อบริการให้กับผู้อื่นและทำประโยชน์แก่องค์กร โดยสรุปแนวคิดความต้องการนี้เชื่อว่าบุคคลจะมีความสำเร็จในการดำเนินงานใด ๆ ต่อเมื่อค้นพบและทำงานตรงที่ตรงกับความต้องการของตนเอง (Nawsuwan, Singweratham, Waichompu, & Chayakul, 2022) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลทำให้เกิดการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น ต้องการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อลดความกังวลต่อการปฏิบัติงานของตนเอง และมีความสุขด้วยใจ สามารถแนะนำและปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคคลได้

2. เปรียบเทียบความความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.จำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ พบว่า

2.1 อสม. ที่มีอายุต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า อสม. ที่มีอายุมาก จะมีการเรียนรู้ สั่งสมประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค เนื่องจากได้รับการอบรม การทำงาน การมีวุฒิภาวะ การลงพื้นที่มานาน กว่าอายุช่วงวัยอื่น ๆ (Wongti, 2021) อีกทั้ง อสม. เหล่านี้ได้รับข่าวสารการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศทั่วโลก การได้รับข่าวสารดังกล่าวช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค การควบคุมโรคเชิงรุก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการล้างมืออย่างถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonpal (2021) พบว่า อสม. และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ที่มีอายุต่างกันมีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่หมู่บ้านคู่ขนานชายแดนไทย-เมียนมาร์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 อสม. ที่มีระยะเวลาการเป็น อสม. ต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการป้องกันโรค แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานมานาน จะมีสมรรถนะและความเข้าใจในระบบของสาธารณสุขที่มากกว่า และอาจจะมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคระบาดที่เคยมีการระบาด รวมได้รับข่าวสารการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งภายในและต่างประเทศจากสื่อต่าง ๆ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค ส่งผลให้มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการป้องกันโรค (Phanyathorn, Sapsirisopa, Sriboonpimsuay, Tanglakmankhong & Srisuwan, 2022)

2.3 อสม. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และด้านการค้นหาข้อมูล บันทึก และรายงานผล และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า อสม. ที่มีคู่สมรส จะทำงานได้ค่อนประสบความสำเร็จ เพราะมีคู่สมรสเป็นกำลังใจ คอยผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงาน (Wongti, 2021) ส่งผลให้มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม ด้านการป้องกันโรค ด้านการควบคุมโรคเชิงรุก ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และด้านการค้นหาข้อมูล บันทึก และรายงานผล และด้านการล้างมืออย่างถูกวิธี

2.4 อสม. ที่มีเพศต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมและทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่า ร้อยละ 90 ส่งผลให้ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม และทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ Charoenbundit (2016) และ Wongti (2021) พบว่า เพศหญิงจะมีความละเอียดในใส่ใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและมีความกลัวต่อการเป็นโรคมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.5 อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม และทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า อสม. มีอบรมให้ความรู้ในทุกระดับการศึกษาอยู่แล้วโดยเฉพาะในเรื่องของการควบคุมป้องกันโรค (Wongti, 2021) ส่งผลให้ อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน

2.6 อสม. ที่มีอาชีพต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมและทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การสมัครเข้าเป็น อสม. ไม่มีการแบ่งแยกอาชีพ ทุกอาชีพสามารถสมัครเข้าเป็น อสม.ได้ และก่อนการเป็น อสม. ต้องผ่านหลักสูตรอบรมการเป็น อสม.ใหม่ และหลังจากได้รับคัดเลือกเป็น

อสม. จะมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกคน (Techawitcharu, 2018) ส่งผลให้ อสม. ที่มีอาชีพต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านก็อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น เพิ่มสวัสดิการ ค่าตอบแทน หรือมอบรางวัลให้กับ อสม. เพื่อให้งานเกิดความสำเร็จในการดูแลตนเอง และชุมชนให้ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ

2. จากผลการวิจัย พบว่า อสม.ที่มีอายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. และสถานภาพต่างกัน มีความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน ดังนั้น ต้องเสริมสร้างให้ อสม. ให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของ อสม. ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมตนเองรวมทั้ง เสริมการปรับพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่ม อสม. แต่ในทางปฏิบัติจริงในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีหลายหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วม เช่น ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง ฝ่ายทหาร และท้องถิ่น จึงควรวิจัยความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเหล่านี้ด้วย

2. ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อได้ทราบข้อมูลเชิงลึกที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจจะเกิดในพื้นที่ได้

References

Best, J. W. (1977). *Research in education.* New Jersey: Prentice hall Inc.

Boonpal, P. (2021). *The successful implementation of novel coronavirus (COVID-19) in the community of village health volunteers (VHVs) and foreign health volunteers (VHVs) in the village along the Thai-Myanmar border, Tha Song Yang district, Tak province*. Retrieved August 31, 2022 from https://www.hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/research/MA2564-002-01-0000000480-0000000526.pdf. (in Thai)

Chanthabenjakul, W. (2020). Infection protection against the 2019 coronavirus (COVID-19). *The 2019 23rd realizing better than panic conference on learning and preventing coronavirus Chulalongkorn University's school of medicine has a pediatrics department*. Retrieved August 31, 2022 from https://www.ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout002_26022020.pdf. (in Thai)

Charoenbundit, N. (2016). *Variables relating to health promotion behaviors of village public health volunteers*. The thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science, Burapha University. (in Thai)

Department of Disease Control. (2022). *Coronavirus disease situation 2022*. Retrieved August 30, 2022 from https://www.ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php. (in Thai)

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. 7th Upper Saddle River, New Jersey: Prentice hall Inc.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*, *1*, 9-14.

Nawsuwan, K., Singweratham, N., Waichompu, N., & Chayakul, K. (2022). The successful implementation of novel coronavirus (COVID-19) in the community of village health volunteers (VHVs) in Thailand. *Journal of Princess of Naradhiwas University, 12*(3), 195-212.

Office of Public Health Muang District (2022). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation in Mueang Ranong District*. Mueang Ranong District.

Phanyathorn, K., Sapsirisopa, K., Sriboonpimsuay, W., Tanglakmankhong, K., & Srisuwan, P. (2022). Knowledge, health beliefs and preventing behaviors of COVID-19 among village health volunteers in Cheangpin sub-district, Mueang district, Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal, 30*(1), 1-11.

Ranong Provincial Public Health Office. (2022). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation in Ranong province*. Retrieved August 30, 2022 from https://www.sites.google.com/view/satranong. (in Thai)

Techawitcharu, C. (2018). Health literacy: a key indicator toward good health behavior and health outcomes. *Journal of Royal Thai Army Nursing*, *19*(Special), 320-332.

Wae, A. (2020). Covid-19 and acquiring new behavioral skills. *Health Education Professional Association Journal, 35*(1), 24-107. August 20, 2022 from http://www.hepa.or.th/assets/file/journal/0.Journal_hepa_1_2563/4.COVID-19.pdf (in Thai)

Wongti, S. (2021) *Factors affecting preventive behavior for coronavirus disease 2019 among village health volunteers, Sukhothai province.* The thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health program, Naresuan University. (in Thai)

World Health Organization. (2020). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context.* Retrieved August 20, 2020 from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.

Journal of Health and Pedagogy

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงการระบาดของ COVID-19

Development of a Fast Track Care System for Stroke Patients in Emergency Department of Phatthalung's Hospital during the Covid-19 Pandemic

อัคเณศร์ เมฆานุวงค์
Akanet Mekanuwongsa
โรงพยาบาลพัทลุง
Phatthalung Hospital

(Received: March 3, 2023, Revised: April 4, 2023, Accepted: April 26, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยมีผู้ร่วมวิจัย คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่/พนักงาน และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับการรักษาผ่านช่องทางด่วน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงกันยายน พ.ศ. 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 200 ราย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 3) การประเมินผลดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 4) แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์การรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า 95% ช่วงความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะการดูแลก่อนมาโรงพยาบาล 2) ระยะการดูแลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 3) ระยะการส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาที่หอผู้ป่วย โดยมีแนวปฏิบัติที่สำคัญและแตกต่างจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเด็นการแยกผู้ป่วย การสวมหน้ากากอนามัยให้ผู้ป่วย การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพ การงดให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรง การดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพเฉลี่ย 3.60 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 36.40 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้มีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง โดยรังสีแพทย์เฉลี่ย 106.14 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฉลี่ย 37.53 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA เฉลี่ย 84.85 นาที ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยเฉลี่ย 51.83 นาที (ค่าเป้าหมาย ≤ 15, 25, 30, 45, 60, 40 นาที) ตามลำดับ และจากการติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อมีผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 9.50

ดังนั้น ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะการส่งต่อและการประเมินสภาพผู้ป่วยให้ได้ตามระยะเวลาเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ตามขั้นตอนปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น จึงยังคงต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐานและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ระบบการดูแลผู้ป่วยผ่านช่องทางด่วน, การแพร่ระบาดของ COVID-19

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Mekanuwong@gmail.com)

Abstract

The purpose of this action research study was to develop, between October 2020 and September 2021, a fast track care system for stroke patients during the COVID-19 outbreak at the emergency department of Phatthalung Hospital. Physicians, nurses, and staff/employees participated in the study. Medical records of patients diagnosed with stroke and urgently in the need to receive care during the COVID-19 outbreak between October 2020 and September 2021 were used to conduct the study. The research procedure was divided into 3 phases: 1) situation analysis, 2) improving patient care practices, and 3) evaluation and the development of a stroke fast track care system. Four main record forms were used to collect the data: 1) a stroke caregiver interview guideline, 2) a real-time nursing record form for emergent stroke patients, 3) a monitoring form for stroke patient care practice guidelines, and 4) an outcomes indicator form for stroke patients who received care from the new dedicated fast track care system. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation and 95%CI were employed to analyze quantitative data. A content analysis was applied to analyze qualitative data.

The situational analysis indicated problems in 3 phases. The first one was pre-hospital care, comprised as the care system for a stroke patient at the scene focusing on Covid-19 prevention, and referral system. Secondly, the caring phase in the emergency department consisted of screening for Covid-19 infection in stroke patients and caring for stroke patients concerning the prevention of Covid-19 infection. The last phase was the patient referral system to the ward, emphasizing on disease transmission. The data from the situation analysis were reflected and discussed in the workshop among the healthcare team aiming at finding solutions together with researchers. The fast track care system guideline for stroke was then developed, based on the agreements of healthcare professionals through the discussion with the researchers. The points of concern were patient's isolation, applying a mask to patient, the protective equipment of health care personnel, a suspension of rt-PA in patients with severe Covid-19, and surveillance of patients with acute ischemic stroke receiving rt-PA. The patient's medical records were used to collect the related data. Based on the 200 patient's medical records, the results showed that the service duration for each step during the Covid-19 epidemic was as follows. The average time for receiving health assessment from patient's arrival to the hospital was 3.60 minutes (target value ≤15 minutes). The average time from patient's arrival at the hospital to receiving brain CT was 36.40 minutes (target value ≤ 25 minutes). The average time from patient's arrival at the hospital to CT results interpretation by a radiologist was 106.14 minutes on average (target value ≤30 minutes). The average time from patient's arrival at the hospital to reporting laboratory results was 37.53 minutes (target value ≤45 minutes). The average time from patient's arrival at the hospital to receiving rt-PA was 84.85 minutes (target value ≤60 minutes). The average time from patient's arrival at the hospital to admission to the ward was 51.83 minutes (target value ≤40 minutes). Moreover, during the follow-up, after referral, 9.50% of the patients died.

The results of this study show that the fast track care system for stroke patients can be applied to provide care for stroke patients during the patient's assessment and in the referral phase. However, the procedure of wearing personal protective equipment increases the time to provide treatment. Therefore, the fast track care system for stroke patients must be continuously developed, so to help patients receive quality care, and achieve standards.

Keywords: Stroke, Fast Track Care System, Covid-19 Outbreak.

บทนำ

ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาทุกประเทศทั่วโลกเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019: COVID-19) ในช่วงต้นปี ค.ศ. 2021 อัตราการแพร่ระบาดของโรคยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 91.5 ล้านราย และเสียชีวิต 1.96 ล้านราย อีกทั้งพบว่า 1 ใน 10 ของประชากรทั่วโลกได้รับเชื้อ COVID-19 แล้ว สำหรับประเทศไทยนั้นมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และมีระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังขยายวงในการแพร่กระจายเชื้อจากแหล่งพื้นที่ที่มีการติดเชื้อกว้างออกไปเป็นบริเวณกว้างและลุกลามจนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจตามมาได้ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ที่เพิ่มขึ้น และกระจายไปยังพื้นที่ตามจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย ส่งผลทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อและมีการติดเชื้อในบางจังหวัดรวมถึงภาพรวมในระดับประเทศเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ในส่วนของจังหวัดพัทลุงนั้นเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ ที่มีประชาชนเดินทางเข้ามาจากประเทศมาเลเซีย จังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และตรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชากรในจังหวัดพัทลุงนั้นเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความสุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยเช่นกัน

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคพบได้บ่อยมีอัตราตายและพิการสูง จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ในประชากรไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30,000 คน พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ 80 ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Tiamkao, 2021) อาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรือชาครึ่งซีก มองไม่เห็นครึ่งซีก พูดไม่ชัด กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น การป้องกันไม่ให้เป็นโรครวมถึงการให้การรักษาที่รวดเร็วทันท่วงทีเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท เป็นวิธีการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดเพื่อให้เนื้อสมองได้รับเลือดกลับมาเลี้ยงอย่างทันท่วงที ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตความรุนแรงของโรคและความพิการได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า จำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงการระบาด COVID-19 ระบาดลดลงเหลือร้อยละ 43 และร้อยละ 25.5 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนโควิดระบาดช่วงที่ 1 และ 2 (Onteddu, Nalleballe, Sharma, & Brown, 2020) ทั้งนี้ หลาย ๆ การศึกษาระบุว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินหรือโทรศัพท์เรียกบริการรถพยาบาลฉุกเฉินในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ลดลงร้อยละ 25 - 50 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ก่อนที่จะมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเลือดสมองเพียงเล็กน้อยเลือกที่จะไม่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะกลัวการติดเชื้อ COVID-19 จากโรงพยาบาล (Dafer, Osteraas, & Biller, 2020; Huang, Greenway, Nasr, Chukwudelunzu-S, Demaerschalk, O'Carroll, et al, 2020; Sezgin, Ekizoglu, Yesilot, & Coban, 2020)

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้รับบริการทั้งหมดมีจำนวน 38,880 ราย จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 21,129 ราย ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ CVD, Stroke) จำนวน 1,363 ราย (ร้อยละ 6.45) ซึ่งถึงแม้ว่าจากในช่วงปี พ.ศ. 2563 จะมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 แต่จำนวนสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุงมิได้ลดลง (Phatthalung Provincial Public Health Office, 2020) แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพัทลุง ได้มีการพัฒนาระบบบริการโดยลดขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงบริการได้เร็ว

และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator: rtPA) ภายในเวลา 60 นาที (Door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “Stroke fast track” หรือ “ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง” ทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางของ Stroke fast track การคัดกรองหรือคัดแยกผู้ป่วยและการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator: rt-PA) อย่างทันท่วงที ภายใน 270 นาที หรือ 4 ชั่วโมงครึ่งเท่านั้น (Tiamkao, 2015) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้มีเนื้อหาและกระบวนการสอดคล้องกับสถานการณ์และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

อย่างไรก็ตาม ขณะให้บริการผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ซึ่งเป็นวิกฤติที่มีผลกระทบทุกมิติของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง ได้มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อตอบสนองการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เพื่อให้หน่วยงานสามารถให้บริการได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและผู้ป่วยเร่งด่วน ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่ต้องการความช่วยเหลือจากทีมดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็วให้ก้าวข้ามช่วงเวลาวิกฤติของชีวิตสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้โดยเร็ว โดยมีประสานความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน สร้างความสมดุลระหว่างคุณภาพการดูแลกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแล สร้างความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ใช้บริการกับความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย การพัฒนาระบบบริการด่านหน้าให้เป็นความปกติใหม่ของระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงการระบาดของ COVID-19 ขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกันอย่างรวดเร็ว และจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนให้ดำเนินได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการเกิดผลกระทบที่รุนแรงของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนของโรงพยาบาลพัทลุงในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนของโรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนของโรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงก่อนและช่วงการระบาดของ COVID-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อน ผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผน ปรับปรุง และดำเนินการใหม่เป็นวงจร จนกว่าจะได้ระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลพัทลุง ดังภาพ 1

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่/พนักงาน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับการรักษาผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงการระบาดของ COVID-19

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าเพื่อให้ได้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่เป็นตัวแทนของทุกกลุ่มและผู้มีส่วนได้เสียตรงตามวัตถุประสงค์ โดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมได้ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเข้ารับการรักษาผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงการระบาดของ COVID-19 จำนวน 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน ซึ่งผู้วิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันพัฒนาจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ณ จุดเกิดเหตุที่คำนึงถึงการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล การคัดกรองการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Hospitalization) โดยเน้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 และการแยกผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ ภูมิลำเนา อาการที่มาโรงพยาบาล โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงการวินิจฉัยโรค

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนัก คะแนน 2 ระดับ (1= ปฏิบัติ, 0 = ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้ พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการช่องทางด่วน โรงพยาบาลพัทลุง เป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

2.4 การประเมินผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในระบบบริการช่องทางด่วน ประกอบด้วยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้มีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วย และอัตราตายของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพัทลุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการตรวจความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแต่ละข้อจะต้องมีค่าต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.80 (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) ได้เท่ากับ 0.85 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ซึ่งวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน พ.ศ. 2564 ก่อนดำเนินการ (Preparation) ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย

การวิจัยและหารือแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกัน แล้วดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดประเด็นปัญหา ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดรูปแบบวางแผน จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ แบ่งหน้าที่ และจัดเตรียมสถานที่ดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารข้อมูลทั่วไป

2. สนทนากลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย แพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 ราย พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5 ราย และพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 2 ราย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาอุปสรรค และสาเหตุที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา

3. ศึกษางานวิจัย แนวทางปฏิบัติ หลักฐานเชิงประจักษ์ และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของ COVID-19

4. สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารตำรา งานวิจัย และข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการนำมาพัฒนาลักษณะรูปแบบใหม่อย่างละเอียด ด้วยการกำหนดลักษณะและองค์ประกอบหลักของรูปแบบใหม่ที่จะพัฒนาขึ้นให้เหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ไม่เพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน เน้นการนำหลักวิชาการทั้งหลายที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่

5. จัดทำร่างระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

6. ทดสอบระบบการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งนี้ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยชี้แจงขั้นตอนการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้ผู้ปฏิบัติงานนำรูปแบบไปทดลองใช้ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ จัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบเป็นระยะ ๆ จำนวน 2 รอบ ตามการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และความเห็นชอบของผู้เกี่ยวข้อง

7. จัดทำแผนการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนจากขั้นตอนที่ 1 โดยการประกาศใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง โดยนำแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามการบันทึกความก้าวหน้าในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงการระบาดของ COVID-19

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observing) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. ประเมินกระบวนการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำผลการประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์จากการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รับฟัง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง สังเคราะห์ข้อมูลแล้วเขียนเป็นสรุปผลและจัดทำเป็นเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า 95% ช่วงความเชื่อมั่น

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสนทนากลุ่มในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (Graneheim & Lundman, 2004) โดยการจัดระเบียบของข้อมูลที่เก็บมาได้ทั้งหมด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ นำมาตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพัทลุง เลขที่ 4/2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา หรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม และแสดงความจำนงในการให้ข้อมูลในการศึกษาด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงการระบาดของ COVID-19 มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ส่งผลกระทบทั้งด้านการให้บริการเชิงรุก และระบบบริการภายในโรงพยาบาล ทำให้ระบบบริการเกิดความล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตสำหรับผู้ป่วยโหลดเลือดสมองได้มากยิ่งขึ้น และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

การจัดระบบดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ควรแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การดูแลก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospitalization) เมื่อศูนย์สั่งการได้รับแจ้งเหตุ จะใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในการประเมินอาการและให้คำแนะนำแก่ผู้แจ้งเหตุในการดูแลเบื้องต้นที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หลังจากนั้นผู้รับแจ้งจะประสานงานไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพและอยู่ใกล้จุดเกิดเหตุออกไปรับผู้ป่วย โดยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ จุดเกิดเหตุ ในกรณีที่ซักประวัติแล้ว พบว่า ผู้ป่วยเข้าข่าย PUI พยาบาลที่ออกรับผู้ป่วยจะสวมชุด Full PPE ออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและคัดกรองประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล (Triage) หลังจากนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะถูกเคลื่อนย้ายมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ในขั้นตอนนี้พยาบาลที่ออกเหตุตรวจ ATK ผู้ป่วยบนรถพยาบาลและจะประสานงานมายังเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเตรียมพื้นที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่บุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

2. การดูแลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (At Emergency Department) เมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินสภาพอย่างละเอียด เร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจะใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลทั้งของผู้ป่วยและบุคลากรที่ให้บริการ โดยผู้ป่วยจะต้องใส่หน้ากากตลอดเวลา ส่วนบุคลากรทางการแพทย์นั้นจะต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างครบถ้วน (Full PPE) หลังจากประเมิน

สภาพแล้วพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) กรณีที่ผล CT ไม่พบเลือดออกในสมอง พยาบาลจะมีการประสานงานไปยังพยาบาลที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) สวมชุด PPE มาเริ่มต้นให้ยา rt-PA ที่ห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ หลังจากนั้นจะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. การส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Hospitalization) การส่งต่อผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในตามเส้นทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลโดยพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีผู้ป่วยไม่เข้าข่าย PUI จะถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีที่ผู้ป่วยเข้าข่าย PUI จะถูกส่งต่อไปรับการรักษาหอผู้ป่วยแยกโรค COVID-19 (Cohort ward) โดยมีพยาบาลหน่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ดูแลขณะให้ยา rt-PA

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) สำหรับผู้ป่วยสงสัย/ติดเชื้อโควิด ที่พัฒนาไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงการระบาดของ COVID-19 มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนในจังหวัดพัทลุง (n= 200)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	128	64.00
หญิง	72	36.00
อายุ		
มากกว่า 45 ปี	178	89.00
น้อยกว่า 45 ปี	22	11.00
ภูมิลำเนา		
ในเขตจังหวัดพัทลุง	190	95.00
นอกเขตจังหวัดพัทลุง	10	05.00
อาการที่มาโรงพยาบาล		
มีมากกว่า 1 อาการขึ้นไป	101	50.50
แขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก	72	36.00
พูดไม่ชัด สื่อสารไม่เข้าใจ	19	9.50
หน้าเบี้ยว หรือ ปากเบี้ยว	8	4.00
โรคประจำตัว		
มี	143	71.50
ไม่มี	57	28.50
ปัจจัยเสี่ยง		
มี	151	75.50
ไม่มี	49	24.50

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	200	100.00
ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0	0.00

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในเขตจังหวัดพัทลุง จำนวน 190 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.00 นอกเขตจังหวัดพัทลุง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.00 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.00 เพศหญิง ร้อยละ 36.00 อยู่ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ร้อยละ 89.00 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการมากกว่า 1 อาการขึ้นไป ร้อยละ 50.50 โดยมาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก ร้อยละ 36.00 มาด้วยอาการพูดไม่ชัด สื่อสารไม่เข้าใจ ร้อยละ 9.50 และมาด้วยอาการหน้าเบี้ยวหรือปากเบี้ยว ร้อยละ 4.00 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.50 มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ร้อยละ 75.50 และผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ดังรายละเอียดตามตาราง 1

2. การประเมินด้านกระบวนการ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแนว ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง (n=200)

แนวปฏิบัติ	**ปฏิบัติ**	
	จำนวน (ราย)	**ร้อยละ**
1. ประเมินความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)	200	100.00
2. ได้รับการตรวจจากแพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	200	100.00
3. ได้รับการตรวจคัดกรองส่งต่อช่องทางด่วน	200	100.00
4. ได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคจากแพทย์ด้านอายุรกรรม	200	100.00
5. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรายงานผล	200	100.00
6. การส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและการรายงานผล	200	100.00
7. การวินิจฉัยโรค	200	100.00
8. การสั่งยา rt-PA	13	6.50

จากตาราง 2 พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลครบถ้วน ดังนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 100.00 ได้รับการประเมิน GCS/NHISS ได้รับการตรวจจากแพทย์ ER ได้รับการ Screen fast track ได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคจากแพทย์ Staff Med ได้รับการการส่ง Lab และการรายงานผล ได้รับการส่งตรวจ CT และรายงานผล และได้รับการวินิจฉัยโรค ส่วนการสั่งยา rt-PA ปฏิบัติร้อยละ 6.50 ดังรายละเอียดตามตาราง 2

3. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผ่านระบบบริการช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของ COVID-19 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในระบบบริการช่องทางด่วน

ระยะเวลาการให้บริการ	ค่าเป้าหมาย (นาที)	ผลการประเมิน	
		M	*S.D.*
1. ตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ	≤ 30	3.60	4.15
2. ตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	≤ 15	36.40	28.30
3. ตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้มีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์	≤ 30	106.14	85.01
4. ตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้มีการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	≤ 45	37.53	14.98
5. ตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA	≤ 60	84.85	30.58
6. ตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วย	≤ 40	51.83	23.56

จากตาราง 3 พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.60 นาที (*S.D.*= 4.15) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง มีค่าเฉลี่ย 36.40 นาที (*S.D.*= 28.30) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้มีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ มีค่าเฉลี่ย 106.14 นาที (*S.D.*= 85.01) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้มีการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีค่าเฉลี่ย 37.53 นาที (*S.D.*= 14.98) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายดื่มเลือด rt-PA มีค่าเฉลี่ย 84.85 นาที (*S.D.*= 30.58) ระยะเวลาตั้งแต่สู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 51.83 นาที (*S.D.*= 23.56) ดังรายละเอียดตามตาราง 3

4. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง โดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของ COVID-19 ดังตาราง 4

ตาราง 4 การประมาณค่าความเชื่อมั่นของร้อยละของผู้โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการจำหน่ายและตายจากการเข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง โดยใช้ช่วงความเชื่อมั่น 95%

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	95% ช่วงความเชื่อมั่น
จำหน่าย	181	90.50	85.56 - 94.18
ตาย	19	9.50	5.82 – 14.44

จากตาราง 4 หลังจากใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่าย ร้อยละ 90.50 มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 9.50 โดยเมื่อประมาณค่าสู่ประชากรแสดงให้เห็นว่ามีสัดส่วนการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 5 - 14 และสัดส่วนการจำหน่ายอยู่ระหว่างร้อยละ 85 - 94 รายละเอียดดังตาราง 4

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับกระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Reflection)

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review [AAR]) พบว่า ระบบบริการช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของ COVID-19 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพัทลุง สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขั้นตอนตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้ปฏิบัติได้ตามระยะเวลาเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ขั้นตอนตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ การได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และการส่งต่อผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วย ซึ่งจะต้องประสานงานระหว่างแผนกและ

บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างครบถ้วน (Full PPE) ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นยังคงต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐานและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องได้มาร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นการใช้กระบวนการทำงานที่อาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องตามบทบาทต่างๆ เป็นการสนับสนุนกระบวนการพัฒนารูปแบบเป็นอย่างดี ทั้งการให้ข้อมูลเชิงวิชาการและข้อมูลการปฏิบัติงานจริง ซึ่งการพิจารณาตัดสินใจรูปแบบโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ทำให้การดำเนินการตามรูปแบบดังกล่าวเป็นจริง การมีเหตุผลและข้อกำหนดในการพิจารณาที่ชัดเจน มีมาตรฐาน มีการตกลงและเห็นชอบร่วมกันตั้งแต่แรก ทำให้กระบวนการพิจารณารูปแบบมีความชัดเจน ตัดสินใจได้ง่าย และยอมรับร่วมกันโดยปราศจากข้อโต้แย้งหรือมีน้อยที่สุด และการประเมินทางเลือกบริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ อาจจะส่งผลให้การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้ในด้านการประเมินสภาพและการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ขั้นตอนปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Full PPE) ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ด้วยความไม่ปกติในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งเชื้อโรคนี้สามารถแพร่กระจายและติดต่อจากคนสู่คนได้ง่าย ทำให้บุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องระวัดระวังตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ตนเอง หรือจากตนเองสู่ผู้ป่วย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่สถานบริการที่ต้องให้การดูแลดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ณ จุดเกิดเหตุ ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือแนวทางการดูแลให้ปลอดภัยทั้งแก่ตัวผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Lin, Chang, Huang, Lin, Chuang, Chen, et al, 2020)

ซึ่งจากการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์การจากการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้มีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยยังเกินค่าเป้าหมาย ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่าอาจเนื่องมาจากการดูแลดังกล่าวต้องมีการประสานงานระหว่างแผนก และบุคลากรของแผนกต่าง ๆ จะต้องเตรียมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แม้ว่าการระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลกระทบการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่คุณภาพของการบริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งก่อนและในช่วงของการระบาดของโรคนี้ยังไม่มีความแตกต่าง (Dafer, Osteraas, & Biller, 2020; Rinkel, Prick, Slot, Sombroek, Burggraaff, Groot, et al, 2020) ซึ่งจุดแข็งในการทำวิจัยครั้งนี้ คือการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลแนวปฏิบัติการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ไปเผยแพร่กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่รองรับสถานการณ์การเกิดโรคติดต่ออันตรายและกำหนดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วนในด้านการประสานงานระหว่างแผนกอย่างต่อเนื่อง เพื่อการบริการที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์คุณภาพระบบแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับระบบบริการการดูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางด่วน โดยมีการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนกับบริการที่รับได้

References

Dafer, R. M., Osteraas, N. D., & Biller, J. (2020). Acute stroke care in the coronavirus disease 2019 pandemic. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 29*(7), 104881-104881. https://doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104881.

Graneheim, H. U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112.

Huang, J. F., Greenway, M. R. F., Nasr, D. M., Chukwudelunzu-S, F. E., Demaerschalk, B. M., O'Carroll, et al. (2020). Telestroke in the time of COVID-19: The mayo clinic experience. *Mayo Clinic Proceedings, 95*(8), 1704-1708. https://doi:10.1016/j.mayocp. 2020.06.007.

Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed). Victoria, editor. Australia: Deaken University Press.

Lin, P. Y., Chang, Y. M., Huang, C. Y., Lin, C. H., Chuang, M. T., Chen, P. L., et al. (2020). Management of hyperacute stroke during the coronavirus disease of 2019 pandemic: The modified code stroke in a medical center in Taiwan. *Journal of Stroke, 22*(2), 278-281. https://doi.org/10.5853/jos. 2020.01599.

Onteddu, S. R., Nalleballe, K., Sharma, R., & Brown, A. T. (2020). Underutilization of health care for strokes during the COVID-19 outbreak. *International Journal of Stroke, 15*(5), 9-10. https://doi:10.1177/1747493020934362.

Phatthalung Provincial Public Health Office. (2020). *Annual report 2019.* Phatthalung: Ministry of Public Health. (in Thai)

Rinkel, L. A., Prick, J. C. M., Slot, R. E. R., Sombroek, N. M. A., Burggraaff, J., Groot, A. E., et al. (2020). Impact of the COVID-19 outbreak on acute stroke care. *Journal of Neurology,* 1-6. https://doi.org/10.1007/s00415-020-10069-1

Sezgin, M., Ekizoglu, E., Yesilot, N., & Coban, O. (2020). Stroke during COVID-19 pandemic. *Arch Neuropsychiatry, 57*, 83–84. https://doi.org/10.29399/npa.27196.

Tiamkao, S. (2015). Application for save a life: fast tract. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, 13*(3), 57- 69.

Tiamkao, S. (2021). Stroke. *Thai Journal of Neurology, 37*(4), 54-60.

Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research*. (4th ed.). New York: Springer

Journal of Health and Pedagogy

สถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

Infection Situation, Antimicrobial Susceptibility Trends, and Guidelines for Caring Patients with Drug-Resistant Infections for Nurses at Sikao Hospital, Trang Province

พันธ์ทิพย์ คงศรี[1], รัชนี แท้วิรุฬห์[1], สุวิมล ชูแก้ว[1] และ บุบผา รักษานาม[2,*]

Phuntip Kongsri[1], Ratchanee Taewiroon[1], Suwimol Chukaew[1] and Buppha Raksanam[2,*]

[1]โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง,

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Sikao Hospital, Trang province

[2]Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: February 27, 2023, Revised: March 27, 2023, Accepted: April 26, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและปัญหา อุปสรรค แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร 2) เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล และ 3) เพื่อประเมินผลพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จำนวน 40 คน และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 239 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความคิดเห็น แบบประเมินการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกาปี พ.ศ. 2560 – 2563 ส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 60 ปี พบเชื้อก่อโรคในปัสสาวะและเลือดในปี พ.ศ. 2563 สูงสุด ร้อยละ 52.57 และ 21.65 ตามลำดับ เชื้อที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อ 5 ลำดับแรก ได้แก่ *E.coli, S.aureus, K.pneumoniae, P.aeruginosa* และ *E.faecalis,* (ร้อยละ 18.08, 8.19,7.17,6.48 และ 5.12, 4.10 ตามลำดับ) พบเชื้อดื้อยา *E.coli-ESBL* สูงสุด ร้อยละ 3.41 และเชื้อดื้อยาหลายขนาน ร้อยละ 4.44 และพบว่าความไวของเชื้อ *E.coli* ต่อยาต้านจุลชีพกลุ่ม Ceftriazone ที่ใช้มากที่สุด ลดลงจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละมทรี่ 41.7 ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ (1) ด้านนโยบายที่สื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติไม่ชัดเจน (2) อัตรากำลังไม่เพียงพอ (3) ขาดงบประมาณในการดำเนินงานจัดการในการแบ่งโซนแยกผู้ป่วย (4) เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้น (5) สถานที่ไม่มีห้องแยกตรวจผู้ป่วยชัดเจน (6) ผลการเพาะเชื้อ ผลทดสอบความไวของยาต้านจุลชีพล่าช้า และ (7) การสื่อสารข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมในทุกมิติ 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสิเกาที่พัฒนาขึ้นมา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (2) การป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา และ (3) การควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย และ 3) ผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยดื้อยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.37 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางใหม่นี้โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ร้อยละ 88.8 และพบว่าคะแนนทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยดื้อยา และคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

ข้อเสนอแนะ ทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลควรสนับสนุนวางการระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา ติดตามสถานการณ์การติดเชื้อ และผลความไวต่อยาต้านจุลชีพ

คำสำคัญ: สถานการณ์การติดเชื้อ, แนวโน้ม, ความไวต่อยาต้านจุลชีพ, ผู้ป่วยดื้อยา, แนวทาง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: buppha@scphtrang.ac.th)

Abstract

The purposes of this research from Trang's Sikao hospital were to: 1) study infection, trends, and antimicrobial susceptibility in treating patients, as well as current guidelines for personnel in treating drug-resistant infectious patients, 2) develop new guidelines for treatment of patients with drug-resistant infections, and 3) evaluate the developed guidelines. This study design was a mixed method research. Staffs who involved in treatment of 40 drug-resistant infectious patients were recruited, and 293 reports of examination results were studied. Data was collected by in-depth interview questionnaire, opinion evaluation, and practice evaluation form. All data were analyzed by frequency, percentage, standard deviation, chi-square test, and content analysis.

The study results showed that most of the patients over 60 years of age who nwere admitted to Sikao Hospital from 2017–2020 had pathogens in their urine and blood. The top five pathogens that caused infections were E.coli, S.aureus, K.pneumoniae, P.aeruginosa, and E.faecalis (18.08%, 8.19%, 7.17%, 6.48% and 5.12%, respectively). The E.coli ESBL level of infection was at 3.41%. Multidrug resistance (MDR) was found at 4.44%, and E.coli susceptibility to the most commonly used antimicrobials (Ceftriazone) decreased from 75% to 41.7%. The use of new guidelines in treating patients with AMR for our target group was efficient at 95.37 percent. Overall satisfaction with this new approach was at a high level (88.8%). The scores of satisfactions towards the use of the guidelines were also at a high level.

Recommendations; The development of a surveillance system for drug-resistant illnesses should be supported by the infection prevention and control committee in hospitals. keep an eye on the infection status and the antimicrobial sensitivity findings

Keywords: Infection Situation, Trends, Antimicrobial Susceptibility, Drug-resistant Patients, Guidelines

บทนำ

สถานการณ์การติดเชื้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อ175,000 รายต่อปี เสียชีวิต 45,000 รายต่อปี (Strategy Division Work Plan of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2019) ในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2562 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลตรัง จำนวน 445, 301 และ 114 ราย ตามลำดับ (Trang Hospital, 2020) และพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสิเกา จำนวน 17, 26 และ 56 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นสถานการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Sikao Hospital, 2021)

แบคทีเรียที่ก่อโรคในมนุษย์ที่พบบ่อย เช่น Gram Negative cocci, Gram positive cocci, Gram positive Bacilli และ Gram Negative Bacilli ซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกอวัยวะของร่างกาย โดยอาจเกิดจากการได้รับเชื้อจากภายนอกหรือได้รับเชื้อที่มีอยู่แล้วในร่างกาย เช่น เชื้อ *E.coli* ที่อาศัยอยู่ในลำไส้ ทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบจากการติดเชื้อ (Thamlikitkul, 2015) ซึ่งการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียส่วนหนึ่งหายได้เอง เช่น อุจจาระร่วงฉับพลัน แต่โรคติดเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด ต้องได้รับการรักษาที่จำเพาะคือ ยาต้านจุลชีพ เชื้อแบคทีเรียแต่ละชนิดใช้ยาต้านจุลชีพในการยับยั้งหรือฆ่าเชื้อแตกต่างกัน แต่การใช้ยาต้านจุลชีพมากเกินความจำเป็นหรือไม่เหมาะสม จะชักนำให้เชื้อโรคดื้อยาได้เร็วขึ้นมาก (Thamlikitkul, 2015) ทำให้เกิดปัญหาติดเชื้อดื้อยามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงปีละมากกว่า 40,000 ล้านบาท (Chayakul, Jongtrakul,

Wananukul, Punnupurot, Kanchanarat, Yotsombat, et al (2015) ซึ่งแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของเชื้อแบคทีเรียดื้อยากำลังทำให้โลกเข้าสู่ยุคหลังยาต้านจุลชีพที่การติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อย แต่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (World Health Organization, 2012) การติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียดื้อยากลุ่ม Carbapenem และ Colistin ซึ่งเป็นยากลุ่มสุดท้ายสำหรับใช้กำจัดเชื้อแกรมลบสายพันธ์ที่มีการดื้อยาประเภท Multiple drug resistance (MDR) (Allcock, Young, Holmes, Gurdasani, Dougan, Sandhu, et al, 2017)

ในประเทศไทยมีเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่สำคัญ 5 ชนิด ได้แก่ *Escherichia coli (E. coli), Klebsiella pneumonia (K.pneumoniae), Acinetobacter buamannii (A. buam), Pseudomonas aeruginosa (P.aeruginosa)* และ *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA S.aureus)* (Phumart, Phodhat, Thamlikitkul, Riewpaiboont, Prakongsai, & Limwattananon, 2012) เชื้อดื้อยาที่สำคัญในปี 2560-2563 คือ แบคทีเรียกรัมลบ เช่น *K.pneumoniae* เป็นเชื้อดื้อต่อยากลุ่ม Cephalosporins, Carbapenems, Colistin เชื้อ *E.coli* เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยากลุ่ม Cephalosporins, Fluoroquinolones, Carbapenems และ Colistin เชื้อ *P.aeruginoa* เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems และ Colistin แบคทีเรียกรัมบวก ได้แก่ *Staphylococcus aureus (S.aureus)* เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยากลุ่ม Methicillin และ Vancomycin เชื้อ *Streptococcus Pneumoniae (S.Pneumoniae)* เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยากลุ่ม Penicillin และ Ceftriaxone (Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, 2020)

การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเกิดจากการสัมผัสทั้งการสัมผัสทางตรงและทางอ้อม เกิดขึ้นได้ในหลายหน่วยงานและเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากร เช่น การส่งต่อหรือรับการตรวจวินิจฉัยระหว่างหน่วยงานหรือหอผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่าง ๆ หรือจากการดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมอาจทำให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายไปสู่หน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน (Eibicht & Vogel, 2011) มาตรการสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยา คือ การมีแนวทางปฏิบัติและกระตุ้นบุคลากรให้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไข (Hansen, Schwab, Asensio, Carsauw, Heczko, Klavs, et al, 2010)

การส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์ และ 6) การรณรงค์การทำความสะอาดมือ (Wisetsiri, Unahalekhaka, & Kasatpibal, 2015) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นมาตรการในการลดการแพร่เชื้อดื้อยาสู่ผู้ป่วยอื่น บุคลากรในโรงพยาบาลและสู่ชุมชน กิจกรรมสำคัญที่หอผู้ป่วยจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา การให้ความรู้แก่บุคลากร การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Unahaleka, Luangaphaphong, & Jittreechua, 2014)

การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพกลุ่ม Cephalosporin ชนิด Ceftriaxone มากที่สุด มีแนวโน้มการใช้สูงอย่างต่อเนื่อง (Sikao Hospital, 2021) ส่วนใหญ่แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้าง ก่อนที่จะทราบผลการเพาะเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ซึ่งต้องรอผลส่งตรวจจากโรงพยาบาลตรังประมาณ 3 - 5 วัน หากโรงพยาบาลมีข้อมูลพื้นฐานเชื้อก่อโรคและผลของความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ในแต่ละกลุ่มโรคตามชนิดสิ่งส่งตรวจ ทำให้แพทย์ผู้รักษามีข้อมูลพื้นฐานเป็นแนวทางในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลและคาดการณ์การรักษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การใช้สารทำความสะอาด และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแนวทางยังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ เช่น เชื้อ *Carbapenemresistant Enterobacteriaceae (CRE)* และ *Vancomycinresistant Enterococci (VRE)* เป็นต้น ยังไม่ถูกนำมาใช้อย่างจริงจัง ซึ่งแม้จะพบเชื้อเหล่านี้

น้อยมากในโรงพยาบาลสิเกา แต่เป็นกลุ่มจำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเข้มข้น (Sikao Hospital, 2021)

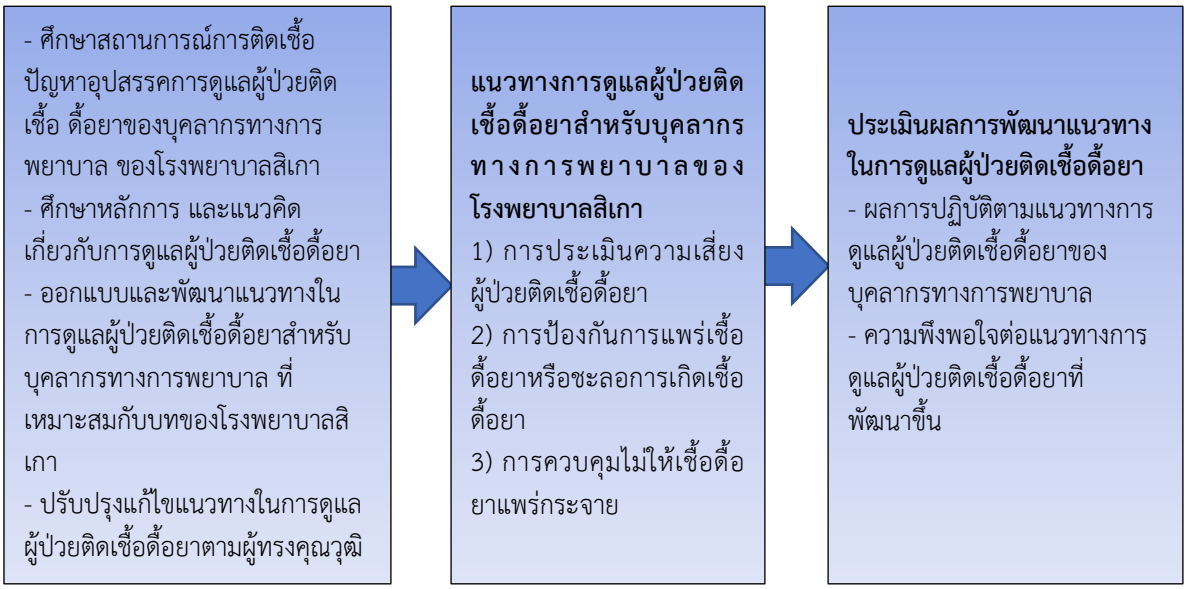
ดังนั้น ผลการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจที่สำคัญในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพย่างเหมาะสม และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง สามารถนำไปดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษให้ครอบคลุม ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง เพื่อลดการติดเชื้อ ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลสอดคล้องตามนโยบายของประเทศ ของกรมควบคุมโรค สถาบันบำราศนราดูร และหน่วยงานที่เกี่ยงข้องได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพขึ้นเป็นฉบับแรกของประเทศ พ.ศ. 2560 – 2564 ตามยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อของผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินผลแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรังที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์แนวทางหลักการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาล (Malatham, & Manosuthi, 2019) และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย (Unahaleka, Luangaphaphong, & Jittreechua, 2014) ประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกาและปัญหา อุปสรรค แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร 2) การออกแบบและพัฒนาแนวทาง และ 3) การประเมินผลการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ ปัญหา อุปสรรคการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสิเกา ซึ่งได้ศึกษาหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ออกแบบและพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบทของโรงพยาบาลสิเกา แล้วปรับปรุงแก้ไขแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 2) การป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา และ 3) การควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) ทั้งเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ สถานที่ศึกษาวิจัย คือ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ระยะเวลาศึกษาวิจัย ตั้งแต่ ธันวาคม พ.ศ. 2563 – เมษายน พ.ศ. 2564 การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกา และปัญหา อุปสรรค แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร 2) ออกแบบและพัฒนาแนวทาง และ 3) ประเมินผลการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกา และปัญหา อุปสรรค แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร ใช้วิธีการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลังและเก็บข้อมูลในปัจจุบัน ทั้งเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ สถานที่ศึกษาวิจัย คือ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาการที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่ส่งสิ่งส่งตรวจ ปี พ.ศ. 2560 - 2563 จำนวน 239 ราย และ 2) ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลสิเกา โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสิเกา จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เลขเวชระเบียน เพศ อายุ ข้อมูลสิ่งส่งตรวจที่ส่งเพาะเชื้อ และชนิดเชื้อแบคทีเรียและความไวต่อยาต้านจุลชีพที่ตรวจพบ เป็นแบบบันทึกตาราง เก็บรวบรวมข้อมูล จากใบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรงพยาบาลสิเกา ปี พ.ศ. 2560 – 2563 ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาทีต่อคน

2. แบบสัมภาษณ์ ปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ประยุกต์จากการศึกษาของ Malatham & Manosuthi (2019) ลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลสิเกา 2) ด้านการสนับสนุนบุคลากร 3) ด้านการสนับสนุนงบประมาณ 4) ด้านการเฝ้าระวังและปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทาง 5) ด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ 6) ด้านการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และ 7) ด้านข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน มีค่าความตรงด้านเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกา เก็บจากใบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรงพยาบาลสิเกา ปี พ.ศ. 2560 – 2563 โดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาทีต่อคน และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน ในประเด็นด้านปัญหา อุปสรรค แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร ด้วยวิธี สนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลา 45 - 60 นาทีต่อคน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ใช้วิธีการตรวจสอบแบบ Methodological triangulation โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ใช้วิธีการสังเกต การซักถาม และการศึกษาเอกสารประกอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น เพศ ช่วงอายุ ชนิดเชื้อก่อโรค และแนวโน้มของเชื้อที่ไวต่อยาต้านจุลชีพที่พบด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลสิเกา โดยใช้วิธี Content analysis

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทีมผู้วิจัยทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่มีอยู่เดิม และศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวทางหลักการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาล (Malatham, & Manosuthi, 2019) และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย (Unahaleka, Luangaphaphong, & Jittreechua, 2014) ออกแบบปรับปรุงพัฒนาและนำแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้นได้สนทนากลุ่มกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน ร่วมพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง แก้ไขแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพิ่มเติม และนำแนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำงานด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3 ท่าน พิจารณาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยได้สรุปและจัดทำแนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสิเกา ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 2) การป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา และ 3) การควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิเกา จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากเนื้อหาตรงกับแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น โดยให้เลือกตอบปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ หรือไม่มีกิจกรรมปฏิบัติ (ปฏิบัติให้ 1 คะแนน, ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน และ NA ไม่มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ วิธีการใช้ และแจกแนวทางการปฏิบัติ ทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามานอนพักรักษาในโรงพยาบาล โดยการสังเกต

สอบถาม ทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกเวชระเบียน ระหว่างการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยร่วมติดตาม ให้คำแนะนำ

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบประเมินค่า Rating scale 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย ค่าคะแนนเท่ากับ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

การแปลผล แบ่งระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.49 – 3.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49) และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นใช้เวลา 15 - 20 นาที ต่อคน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก 1 ท่าน และพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน ค่า IOC ของเครื่องมือวิจัยอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ วิธีการใช้ และแจกแนวทางการปฏิบัติ ทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยทีมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามานอนพักรักษาในโรงพยาบาลโดยการสังเกต สอบถาม ทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกเวชระเบียน ระหว่างการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ICWN ในหอผู้ป่วย ติดตามให้คำแนะนำ สังเกตการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นใช้เวลา 15 - 20 นาที ต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อ และประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ใช้สถิติ ร้อยละ ความถี่ และค่าเฉลี่ย

2. การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาลและความพึงพอใจต่อแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น ใช้สถิติสถิติร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (เลขที่รับรอง P081/2563) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ในการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

1. สถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ของเพศ อายุ การพบเชื้อในสิ่งส่งตรวจ ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลสิเกา ปี พ.ศ. 2560 - 2563

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)			
		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
เพศ					
	ชาย	21(8.79)	41(17.15)	17(7.11)	37(48.05)
	หญิง	14(5.86)	35(14.64)	34(14.23)	40(51.95)
	รวม	**35(14.64)**	**76(31.79)**	**51(21.34)**	**77(100)**
อายุ (ปี)					
	น้อยกว่า 16 ปี	1(0.42)	3(1.26)	8(3.35)	1(0.42)
	16 - 30 ปี	1(0.42)	1(0.42)	7(2.93)	6(6.28)
	31 - 45 ปี	6(2.51)	15(6.28)	8(3.35)	10(4.18)
	46 - 60 ปี	9(3.77)	15(6.28)	13(5.44)	24(10.04)
	มากกว่า 60 ปี	18(7.53)	42(17.57)	15(6.28)	36(15.06)
	รวม	**35(14.64)**	**76(31.80)**	**51(21.34)**	**77(32.22)**
การพบเชื้อในสิ่งส่งตรวจ					
	Sputum	17(39.53)	39(47.56)	3(4.23)	6(6.19)
	Stool	0(0)	1(1.22)	4(5.63)	2(2.06)
	Urine	3(6.98)	20(24.39)	34(47.89)	51(52.57)
	Blood	2(4.65)	3(3.66)	7(9.86)	21(21.65)
	Pus	21(48.84)	19(23.17)	23(32.39)	17(17.53)
รวม		**43(14.68)**	**82(27.99)**	**71(24.23)**	**97(33.11)**

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกา ปี พ.ศ. 2560 – 2563 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 5.86, 14.64, 14.23 และ 51.95 ตามลำดับ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 7.53, 17.57, 6.28 และ 15.06 ตามลำดับ พบเชื้อก่อโรคในปัสสาวะและเลือดในปี พ.ศ. 2563 สูงสุด ร้อยละ 52.57 และ 21.65 ดังรายละเอียดตามตาราง 1

2. เชื้อก่อโรคที่แยกได้จากสิ่งตรวจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกา ปี 2560-2563 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความถี่ และร้อยละการพบเชื้อในสิ่งส่งตรวจสูงสุด 5 อันดับแรกที่ตรวจพบของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิเกา ปี พ.ศ. 2560 - 2563

ลำดับ	เชื้อก่อโรค	ปี 2560 (n=43)	ปี 2561 (n=82)	ปี 2562 (n=71)	ปี 2563 (n=97)	รวม (n=293)
1	*Escherichia coli*	4 (1.37)	16 (5.46)	9 (3.07)	24 (8.19)	53 (18.09)
2	*Staphylococcus aureus*	4 (1.37)	4 (1.37)	6 (2.05)	10 (3.41)	24 (8.19)
3	*Klebsiella pneumoniae*	1 (0.34)	6 (2.05)	4 (1.37)	10 (3.41)	21 (7.17)
4	*Pseudomonas aeruginosa*	6 (2.05)	7 (2.39)	0 (0)	6 (2.05)	19 (6.48)
5	*Enterococcus faecalis*	0 (0)	2 (0.68)	5 (1.71)	8 (2.73)	15 (5.12)

จากตาราง 2 พบว่า เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อสูงสุดคือ *Escherichia coli* ร้อยละ 18.09 รองลงมา ได้แก่ *Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa* และ *Enterococcus faecalis* ร้อยละ 8.19, 7.17, 6.48 และ 5.12 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 3 ความถี่ ร้อยละ การพบเชื้อดื้อยาในสิ่งส่งตรวจสูงสุด 5 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลสิเกา ปี พ.ศ. 2560 - 2563

ลำดับ	เชื้อดื้อยา	ปี 2560 (n=43)	ปี 2561 (n=82)	ปี 2562 (n=71)	ปี 2563 (n=97)	รวม (n=293)
1	*Escherichia. coli (ESBL)*	1 (0.34)	3 (1.02)	6 (2.05)	0 (0)	10 (3.41)
2	*Escherichia. coli (MDR)*	0 (0)	1 (0.34)	0 (0)	5 (1.71)	6 (2.05)
3	*Pseudomonas aeruginosa (MDR)*	0 (0)	0 (0)	4 (1.37)	0 (0)	4 (1.37)
4	*Klebsiella pneumoniae (MDR)*	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1.02)	3 (1.02)
5	*Klebsiella Pneumoniae (ESBL) MDR*	0 (0)	0 (0)	2 (0.68)	0 (0)	2 (0.68)

จากตาราง 3 พบว่า ปี พ.ศ. 2560 - 2563 พบเชื้อดื้อยา *Escherichia Coli-ESBL* และ *Escherichia. coli (MDR)* สูงสุด ร้อยละ 3.41 และ 2.05 ตามลำดับ รองลงมา ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa (MDR), Klebsiella pneumoniae (MDR)* และ *Klebsiella Pneumoniae (ESBL) MDR* ร้อยละ 1.37, 1.02 และ 0.68 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามตาราง 3

และพบว่าความไวของเชื้อ *Escherichia coli* ต่อยาต้านจุลชีพที่ใช้มากที่สุด (Ceftriazone) ลดลงจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 41.7 ความไวของเชื้อ S.aureus ต่อยาต้านจุลชีพกลุ่ม Quinolone (Cefprofloxacin) ลดลงจากร้อยละ 100.00 เป็นร้อยละ 40.00 เชื้อ *Enterococcus faecalis* ไวต่อยาต้านจุลชีพกลุ่ม Glycopeptides (Vancomycin) ที่มีความแรงสูงและไม่มียาในโรงพยาบาลสิเกา รวมทั้งพบเชื้อก่อโรคมีแนวโน้มดื้อยาเพิ่มขึ้นในปี 2563

3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

ผลการศึกษารายละเอียดดังนี้

1. ด้านนโยบายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลสิเกา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้มีนโยบายที่สื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ ระบุหน้าที่เป็นคำสั่ง เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติบางคนไม่ทราบและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ไม่ถูกต้อง ดังตัวอย่างข้อมูล

“งาน IC บางอย่าง โรงพยาบาลมีนโยบายไม่ชัด ไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นตัวหนังสือหรือลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าเข้าใจผิดเพี้ยน ไม่ตรงกัน” (พยาบาล A)

2. ด้านการสนับสนุนบุคลากร พยาบาลที่รับผิดชอบงานควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน (ICWN) ต้องทำงานหลายประเภทต้องขึ้นปฏิบัติงานเวร เช้า บ่าย ดึก ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศ ติดตาม เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ ต้องมีการหมุนเวียนพยาบาลจากแผนกต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานเปล ทำให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่หลากหลายแตกต่างกัน ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน พนักงานเปลไม่เพียงพอ โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอต้องหมุนเวียนไปปฏิบัติในแผนกต่างๆ ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางไม่ครบถ้วน ส่วนคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อขาดแพทย์เฉพาะทางด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้โรงพยาบาลมีแพทย์ผู้รับผิดชอบแต่ไม่เคยอบรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

“ICWN ทำงานหลายอย่าง ไม่ได้ทำงาน IC แบบ FULL Time ต้องขึ้นเวร เช้าบ่าย ดึก ทำให้ปฏิบัติงานด้าน IC ไม่ได้เต็มที่” (พยาบาล A)

“พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำงานหลายหน้าที่เกินไป ต้องทำหน้าที่พนักงานเปลไปด้วย มีพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่คัดกรองซักประวัติไม่รู้ว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ทำให้ไม่ได้แยกผู้ป่วย น้องใหม่ขาดความรู้ใหม่และทักษะในการปฏิบัติงาน” (หัวหน้าหอผู้ป่วยใน B1)

“แพทย์ที่เป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตร IC พื้นฐาน” (พยาบาล A)

3. ด้านการสนับสนุนงบประมาณ โรงพยาบาลขาดงบประมาณในการดำเนินงานจัดการในการแบ่งโซนแยกผู้ป่วย เช่น การจัดห้องแยกตรวจโรคให้ถูกต้องตามมาตรฐานหรือตามเกณฑ์ ต้องจัดทำแผนการใช้

งบประมาณ ขอแบบแปลนการสร้างของกระทรวง และได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารตามลำดับ ต้องใช้ระยะเวลา ซึ่งไม่ทันต่อการให้บริการผู้ป่วย ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แพร่เชื้อ

“ขาดงบประมาณการสร้างห้องแยกตรวจโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อร้ายแรง ห้อง TB Clinic อาคารโครงสร้างผู้ป่วยนอกไม่มีระบบระบายอากาศ ขอปรับปรุงต้องรอตั้งแผนงบประมาณ ซึ่งจัดทำแผนขอปรับปรุงมาแล้ว 3 ปี ผู้ป่วยโรคติดต่อก็มีมากขึ้น บางครั้งต้องมานั่งรอในโซนที่จัดไว้รวมกัน” (หัวหน้าหอผู้ป่วยใน B1)

4. ด้านการเฝ้าระวังและปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทาง เจ้าหน้าที่บางคน ถึงความสำคัญของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทาง เช่น การล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย นอกจากนี้ การสื่อสารยังไม่สามารถลงสู่การปฏิบัติได้ครอบคลุม การดำเนินการขาดความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วยเมื่อผลการเพาะเชื้อส่งสิ่งส่งตรวจมาหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

“เจ้าหน้าที่บางรายไม่ทำตามแนวปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อ ส่วนใหญ่คือไม่ล้างมือ” (เจ้าหน้าที่ C)

“แนวทางบางอย่างยังไม่ค่อยชัดเจน เช่นการ POP UP ผู้ป่วยที่มาฉีดยาต่อเนื่องแบบ OPD Case , แนวทางการดูแลผู้ป่วยดื้อยาควบคุมพิเศษ”(เจ้าหน้าที่ C)

“ผลการเพาะเชื้อส่งสิ่งส่งตรวจ บางครั้งมาหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว แต่ไม่แน่ใจว่ามีการติดตามผู้ป่วยทุกรายมั้ย” (พยาบาล A1, พยาบาล A2)

5. ด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ ไม่มีห้องแยกตรวจผู้ป่วยชัดเจน และห้องแยกไว้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือติดเชื้อดื้อยา สำหรับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลมีจำกัด ไม่เพียงพอกับผู้รับบริการที่ต้องแยกการดูแล ทำได้เฉพาะจัดโซนให้เหมาะกับบริบทโรงพยาบาลตอนนี้

“อาคารโครงสร้างผู้ป่วยนอกไม่มีระบบระบายอากาศ ต้องจัดแยกโซนเมื่อมีผู้รับบริการ” (หัวหน้าหอผู้ป่วย B2)

“ตึกผู้ป่วยในสามัญใช้ห้องพิเศษเป็นห้องแยกผู้ป่วย ซึ่งมีห้องความดันลบเพียง 1 ห้อง บางครั้งไม่พอใช้” (หัวหน้าหอผู้ป่วย B2)

6. ด้านการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ผลการเพาะเชื้อ ผลทดสอบความไวของยาต้านจุลชีพต้องรอ 3 - 5 วัน ต้องให้ยาต้านจุลชีพไปก่อนแนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพ และใช้ยาต้านจุลชีพมากกว่า 1 ชนิดเพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสดื้อยามากขึ้น และยาในโรงพยาบาลชุมชนมีจำกัด การรักษาผู้ป่วยบางรายต้องไปเบิกยาจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย ดังตัวอย่างข้อมูล

“ยาต้านจุลชีพมีจำกัด โดยเฉพาะในเด็กและนอกเวลาราชการ อยากให้ประเมินตาม host status หากคนไข้มี Underlying ค่อนข้างรุนแรงหรือ immune status ไม่ดี อาจต้องให้ยาต้านจุลชีพมากกกว่า 1 ชนิดไปก่อน เพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น แต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยา” (แพทย์ E)

“ส่วนใหญ่เป็นการส่งกลับมาเพื่อฉีดยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลตรัง ซึ่งถ้าไม่มียาในโรงพยาบาล จะต้องรอไปเบิกยาจากโรงพยาบาลตรัง” (เภสัชกร F)

7. ด้านข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมในทุกมิติ รวมทั้งมีข้อจำกัดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมเวชระเบียนและสารสนเทศ เมื่อครบกำหนดการแยกผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานยังไม่สามารถลบข้อความแจ้งเตือนการติดเชื้อดื้อยาได้ทันที ต้องแจ้งทีมเวชระเบียนดำเนินการลบ ข้อมูลการแจ้งเตือนเหล่านี้ยังคงอยู่ในระบบ ผู้ปฏิบัติงานก็ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามข้อมูลในระบบทำให้โรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรต่างๆเพิ่มขึ้นเกินความจำเป็น ส่งผลให้ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากเกินความจำเป็น ไม่มีการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ส่งกลับมารักษาต่อเนื่องให้ห้องชันสูตรทราบ

“หากมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา refer back มาจากโรงพยาบาลอื่น อยากให้แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร (ห้อง lab) เพื่อติดตามผลรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน” (นักเทคนิคการแพทย์ D)

“อยากให้มีการยืนยัน เรื่องการหายจากการติดเชื้อดื้อยาเนื่องจากมีประวัติติดเชื้อดื้อยาอยู่ในประวัติของโรงพยาบาล POP UP ทำให้เมื่อกลับมารักษาครั้งต่อๆไป ต้องดูแลแบบติดชื้อดื้อยาไปตลอด เกิดความสิ้นเปลืองทรัพยากร ในการใช้ดูแลผู้ป่วย” (พยาบาล A3)

ผลการวิจัยระยะที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ กระบวนการพัฒนาเริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล ของโรงพยาบาลสิเกา ศึกษาหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ออกแบบและพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ที่เหมาะสมกับบทของโรงพยาบาลสิเกา ปรับปรุงแก้ไขแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามผู้ทรงคุณวุฒิ ประชุมวางแผน ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง แล้วดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ติดตามและประเมินผลการพัฒนา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก รายละเอียดดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือติดเชื้อดื้อยาได้ถูกต้องทันที ได้แก่ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยให้ระบุชื่อเชื้อ 2) เป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลตรัง 3) ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Carbapenem, Vancomycin, Amikacin, Tazocin และ 4) แจ้งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพื่อประเมินความเสี่ยงซ้ำ โดยระบุเวลาที่รายงาน

2. การป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา ได้แก่ 1) การจัดอยู่ห้องแยกหรือแยกโซน 2) การติดตามผลการตรวจเพาะเชื้อ โดยติดป้ายระบุวันที่ติดตามผลเพาะเชื้อ หน้าเวชระเบียน ผู้ป่วยและสื่อสารแพทย์ผู้รักษาทันที 3) การติดป้าย IC card เช่น *Carbapenem resistant Enterobacteriaceae (CRE)* และ *Vancomycin resistant Enterococci (VRE)* หรือ Multidrug *resistant* (MDR) หน้าเวชระเบียนผู้ป่วย

3. การควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายไปสู่บุคลากร ผู้ป่วย และญาติ ได้แก่ 1) การล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 2) การใส่อุปกรณ์ป้องกัน โดยเฉพาะหัตการที่ทำให้เกิดการฟุ้งกระจาย เช่น ดูดเสมหะต้องสวมถุงมือ เสื้อคลุมหรือเสื้อคลุมชนิดใช้ครั้งเดียว ทิ้งหมวกและแว่นตาทุกครั้งที่ดูแลผู้ป่วย 3) การแยกอุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย เช่น ซองใส่ยา กล่องใส่อาหารของผู้ป่วย ใช้ชนิดครั้งเดียวทิ้ง แยกเครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง ปรอท แยกอุปกรณ์ของใช้อื่นที่ต้องนำกลับมาใช้ซ้ำและแยกทำความสะอาดในโซนที่กำหนด เช่น กะละมังเช็ดตัว กระบอกปัสสาวะ เป็นต้น 4) การลดจำนวนเชื้อจากผู้ป่วย อาบน้ำผู้ป่วยด้วย 4% คลอเฮกซิดีน เมื่อแรกรับและวันละครั้งจนครบ 5 วัน 5) การจำกัดญาติเข้าเยี่ยมครั้งละ 1 คน โดยให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม เช่น การล้างมือ และแนะนำงดเยี่ยมผู้ป่วยรายอื่น 6) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ราวกั้นเตียง ลูกบิดประตู ตู้ข้างเตียง อุปกรณ์ของใช้ ถูพื้นด้วยน้ำยาถูพื้นตามที่โรงพยาบาลกำหนด (ฮโปคลอไรท์ 1:100, vergon 1 ซอง: น้ำ 1 ลิตร) อย่างน้อยวันละ 1 - 2 ครั้ง ขยะติดเชื้อ ถังใส่ผ้าเปื้อน ใส่ถุงแดง 2 ชั้น เขียนป้ายที่ถุงแดงว่า “ดื้อยา” หลังหลังจำหน่ายผู้ป่วย แช่ฆ่าเชื้อ แก้วน้ำ เหยือกน้ำ กระบอกปัสสาวะ (Urinal) หม้อนอน (Bed pan) ของผู้ป่วยด้วยน้ำยา 0.5% ไฮโปคลอไรต์อย่างน้อย 15 นาที แล้วล้างให้สะอาดผึ่งให้แห้ง ส่งผ้าพันแขน (Cuff) เครื่องวัดความดันโลหิตทำความสะอาด 7) การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กรณีต้องเคลื่อนย้ายหรือ Refer แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ประสานทีมเวชระเบียนในการ Pop up ติดเชื้อดื้อยาในโปรแกรม Hos-XP และ 8) การให้ความรู้ ข้อมูล แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่าย เช่น ข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา การล้างมือ การแยกอุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อต่าง ๆ ในการทำความสะอาดของใช้ สิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะติดเชื้อให้นำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านหรือเผา เป็นต้น

ผลการศึกษาระยะที่ 3

ผลการประเมินผลพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

3.1. ผลการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรทางการพยาบาล ดังตาราง 4 - 5

ตาราง 4 ความถี่ และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา (n= 40 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 - 30 ปี	14	35.00
31 - 40 ปี	15	37.50
มากกว่า 40 ปี	11	27.50
Min = 23 ปี, Max = 56 ปี, M= 35.63 ปี, *S.D.* = 8.31 ปี		
เพศ		
หญิง	36	90.00
ชาย	4	10.00
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	17.50
อนุปริญญา ปวช./ปวส.	5	12.50
ปริญญาตรี	28	70.00
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	14	35.00
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	10	25.00
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	16	40.00
ระยะเวลาที่ทำงาน (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี	17	42.50
10 - 20 ปี	17	42.50
มากกว่า 20 ปี	6	15.00
Min= 1 ปี, Max= 28 ปี, M= 11.28 ปี, *S.D.*= 7.83 ปี		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.00 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.63 ปี (M= 35.63 ปี, *S.D.*= 8.31 ปี) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 70.00 มีอายุการทำงานเฉลี่ย 11.28 ปี (M= 11.28 ปี, *S.D.*= 7.83 ปี) มีตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 60.00 และผู้ช่วยเหลือคนไข้คิดเป็น ร้อยละ 40.00 ดังรายละเอียดตามตาราง 4

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละจำนวนครั้งของบุคลากรที่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

การปฏิบัติ	จำนวนครั้งทั้งหมด	ปฏิบัติถูกต้อง	ร้อยละ
1. การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	78	77	98.72
2. การป้องกันการแพร่เชื้อหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา	148	148	100.00
3. การควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย	934	893	95.61

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา ปฏิบัติถูกต้องตามการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่สูงสุด ได้แก่ ด้านการป้องกันการแพร่เชื้อหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 98.72 และน้อยที่สุด คือ ด้านการควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย ร้อยละ 95.61 ดังรายละเอียดตามตาราง 5

3.2 ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาก่อนและหลังพัฒนา ดังตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาใน 5 กิจกรรมหลัก ก่อนและหลังพัฒนาแนวทาง โดยการทดสอบไคสแควร์

การปฏิบัติ	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			*p*-value
	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	จำนวนครั้งที่สังเกต	ร้อยละการปฏิบัติถูกต้อง	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	จำนวนครั้งที่สังเกต	ร้อยละการปฏิบัติถูกต้อง	
1. การล้างมือ	30	39	76.92	67	71	94.37	< 0.001
2. การใช้อุปกรณ์ป้องกัน	37	48	77.08	68	71	95.77	0.002
3. แยกผู้ป่วยและอุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย	33	42	78.57	71	71	100	< 0.001
4. การจัดการอุปกรณ์การแพทย์	30	42	71.43	70	71	98.59	< 0.001
5. การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม	37	48	77.08	199	213	93.43	< 0.001

p-value < *0.05*

จากตาราง 6 พบว่า หลังพัฒนาแนวทาง กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p*-value < 0.05) ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการล้างมือ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ด้านการแยกผู้ป่วยและอุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย ด้านการจัดการอุปกรณ์การแพทย์ และด้านการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดตามตาราง 6

3. ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลสิเกา ดังตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	M	*S.D.*	แปลผล
1. แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	2.40	0.50	พึงพอใจมาก
2. แนวทางที่พัฒนาขึ้นนำไปปฏิบัติได้ง่าย	2.78	0.42	พึงพอใจมาก
3. แนวทางมีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน	2.85	0.36	พึงพอใจมาก
4. แนวทางครอบคลุมการปฏิบัติที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	2.85	0.36	พึงพอใจมาก
5. การช่วยทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ	2.53	0.51	พึงพอใจมาก
6. การช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น	1.93	0.76	พึงพอใจปานกลาง
7. การช่วยให้บุคลากรเพิ่มการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	2.18	0.84	พึงพอใจปานกลาง
8. การช่วยให้หน่วยงานใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า	2.63	0.63	พึงพอใจมาก
โดยรวม	**2.52**	**0.33**	**พึงพอใจมาก**

จากตาราง 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก (M= 2.52, *S.D.*= 0.33) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง เป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ด้านแนวทางมีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน (M= 2.85, *S.D.*= 0.36) และด้านแนวทางครอบคลุมการปฏิบัติที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (M= 2.85, *S.D.*= 0.36) ด้านที่มีระดับความพึงพอใจต่ำสุด ได้แก่

ด้านการช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น (M= 1.93, *S.D.*= 0.76) ดังรายละเอียดตามตาราง 7

อภิปรายผล

สถานการณ์การติดเชื้อที่ไวต่อยาต้านจุลชีพของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง พบว่า เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เชื้อ *E.coli, S.aureus, และ K. pneumoniae* และพบเชื้อดื้อยา *E.coli–ESBL* สูงสุด ข้อค้นพบจาการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงการพบเชื้อ *E.coli* ดื้อยา*เพิ่มขึ้น (E.coli-ESBL)* และไวต่อยาต้านจุลชีพ ชนิด Cef-3 ซึ่งเป็นยาที่มีความแรงสูงสุดในโรงพยาบาลแนวโน้มลดลง ซึ่งคณะกรรมการระบบยาได้ทบทวนและเพิ่มยาต้านจุลชีพ แต่เป็นการเพิ่มรายจ่ายให้กับโรงพยาบาล เชื้อ *E.coli และ S.aureus* พบจากสิ่งส่งตรวจในเลือดและปัสสาวะมากสุด โรงพยาบาลสิเกาควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันให้กับประชาชนที่มารับบริการโดยการให้ความรู้ ในการป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ การทำความสะอาดร่างกาย เพื่อลดการติดเชื้อเหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seenprachawong (2020) ซึ่งได้ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางเวชปฏิบัติรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลตรัง พบว่า เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบจากการเพาะเชื้อในกระแสเลือด 3 อันดับแรก ได้แก่ *E.coli* รองลงมา คือ เชื้อกรัมบวก ได้แก่ *Staphylococcus aureus* และ *Strephylococcus aureus* และพบเชื้อดื้อยา *E.coli–ESBL* สูงสุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yadrak (2016) ซึ่งได้ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่า การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ Coagulase negative staphylococcus, E.coli, และ S.aureus สายพันธุ์แบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดสูงสุด คือ *Acinetobacter baumannii (MDR)* รองลงมาคือ *K.pneumoniae* ที่ผลิต เอนไซม์ *ESBL*

แนวโน้มเชื้อที่ไวต่อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง พบว่า ความไวของเชื้อ *E.coli* ต่อยาต้านจุลชีพที่ใช้มากที่สุด Ceftriazone ลดลงจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 41.7 แสดงให้เห็นว่า ในโรงพยาบาลสิเกา พบเชื้อ *E.coli* มีแนวโน้มดื้อยาด้านจุลชีพ Ceftriazone สูงขึ้น ข้อค้นพบสำคัญจากการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ทีมผู้ปฏิบัติงานต้องตระหนักและทบทวนกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ในการอ่านผลความไวของเชื้อก่อนที่ตรวจพบต่อยาต้านจุลชีพให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับยาต้านจุลชีพที่ตรงกับผลการทดสอบความไวต่อเชื้อที่มีความเฉพาะเจาะจงกับเชื้อมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannobol, Tapin, & Aanansawat (2018)

ผลจากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ทำให้ค้นพบข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญ ด้านนโยบายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ด้านการสนับสนุนบุคลากร ด้านการสนับสนุนงบประมาณ ด้านการเฝ้าระวังและปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทาง ด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ ด้านการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และด้านข้อเสนอแนะอื่น ๆ ซึ่งข้อค้นพบเหล่านี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลนำเข้าที่จำเป็นและสำคัญในการกำหนด ออกแบบ และพัฒนาแนวทางควบคุมป้องกันเชื้อก่อโรคดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสิเกาได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการป้องกันและควบคุมเชื้อก่อโรคดื้อยาต้านจุลชีพของ (Malatham, & Manosuthi, 2019)

นอกจากนี้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลสิเกา พบว่า โรงพยาบาลสิเกามีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา แต่นโยบายที่สื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติยังไม่เป็นเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ดังนั้น เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีแนวปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน ผู้บริหารควรสั่งการหรือลงนามประกาศนโยบายให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน พยาบาลที่รับผิดชอบงานควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงานต้องขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าบ่ายดึก ความรู้ทักษะของพยาบาลต่างกัน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต้องหมุนเวียนไปปฏิบัติในแผนกต่าง ๆ ขาดแพทย์เฉพาะทางด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอาคาร สถานที่ให้ถูกต้องตามมาตรฐานหรือตามเกณฑ์ ต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก เช่น การสร้างห้องแยกตรวจโรค การดำเนินการขาดความต่อเนื่อง การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต้องให้ยาต้านจุลชีพชนิดกว้าง และใช้ยาต้านจุลชีพมากกว่า 1 ชนิดเพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสดื้อยามากขึ้น และยาในโรงพยาบาลชุมชนมีจำกัด บางราย

ต้องขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการสื่อสารข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwannobol, Tapin, & Aanansawat (2018) สถานการณ์การติดเชื้อ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมชนจะมีปัญหาด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ บุคลากร ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน และโครงสร้างอาคารสถานที่ อย่างไรก็ตามแม้การเปลี่ยนแปลงอาคารสถานที่เป็นไปได้ยาก สิ่งสำคัญของการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ นั่นคือ การคิดค้นวิธีการลดโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด ฉะนั้น บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องหาวิธีการป้องกันหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต่าง ๆ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นของโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก ได้จากการวิเคราะห์แนวทางเดิม และผลจากการระดมสมอง มาปรับปรุงจนได้ข้อสรุปกิจกรรมที่ทีมพัฒนาเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและรวมทั้งครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาและป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสิเกา และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ดื้อยา กิจกรรมด้านการประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อ กิจกรรมด้านการป้องกันการแพร่เชื้อหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา ได้แก่ การรับผู้ป่วยไว้ในห้องแยก มีการติดป้ายติดป้าย IC card และติดตามผลการตรวจเพาะเชื้อเพื่อรักษา และกิจกรรมด้านการควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย ได้แก่ การล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย ใส่อุปกรณ์ป้องกัน การแยกอุปกรณ์ ของใช้ของผู้ป่วยการลดจำนวนเชื้อจากผู้ป่วย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และการจำกัดญาติเข้าเยี่ยมและการให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติ ซึ่งการปฏิบัติที่สำคัญในกิจกรรมหลักในการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาได้แก่ การล้างมือการใช้อุปกรณ์ป้องกัน การแยกผู้ป่วยและแยกอุปกรณ์ของใช้ของผู้ป่วย การจัดการอุปกรณ์การแพทย์และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Unahaleka, Luangaphaphong & Jittreechua (2014) และ Chatchawej, Vachvanichsanong, Mamart, Pimon, & Bunsri, (2017) ในช่วงการศึกษานี้ พยาบาล ICN จัดประชุมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยดื้อยาควบคุมพิเศษ นอกจากนี้ในการศึกษาเก็บข้อมูลมีข้อจำกัดการปฏิบัติตามแนวทางซึ่งจะมีพยาบาลป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse ช่วยติดตามสนับสนุน ทำให้การปฏิบัตินั้นเป็นไปตามแนวทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanaprapha (2019) และ Chatchawej, Vachvanichsanong, Mamart, Pimon, & Bunsri (2017)

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ช่วงเวลาที่ศึกษาการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา มีพยาบาลป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse; ICWN) ช่วยติดตามสนับสนุน ทำให้การปฏิบัตินั้นเป็นไปตามแนวทางที่ดี ผู้ปฏิบัติมีความตื่นตัว ซึ่งหลังจากนี้หากไม่มีการนิเทศติดตาม อาจจะทำให้การปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงได้ และการศึกษาแนวโน้มความไวของเชื้อก่อโรคต่อยาต้านจุลชีพ แต่โรงพยาบาลสิเกาเป็นโรงพยาบาลชุมชน มียาต้านจุลชีพจำกัด ต้องใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาครั้งนี้ ทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลควรสนับสนุนวางการระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา ติดตามสถานการณ์การติดเชื้อและผลความไวต่อยาต้านจุลชีพ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและควรประกาศนโยบายการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา

2. ด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยง ป้องกันการแพร่เชื้อหรือชะลอการเกิดเชื้อดื้อยา และการควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย ทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลควรส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาให้ครบถ้วนทั้งหมด ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนความรู้ ซึ่งอาจจะมีการทบทวนหน้างานเมื่อมีผู้ป่วย การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์ และการรณรงค์การทำความสะอาดมือ การดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม รวมทั้งนิเทศติดตามจากหัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse; ICWN) ให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. ทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลควรส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู แผนกรังสีรักษา เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยความร่วมมือของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป โรงพยาบาลสิเกาควรศึกษาผลการใช้ยาต้านจุลชีพรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังผลการเพาะเชื้อและต้นทุนการส่งสิ่งส่งตรวจ และควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นมานี้ไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอสิเกา และโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดตรัง และควรประเมินประสิทธิผลซ้ำในระยะยาว เพื่อให้มั่นใจว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมานี้มีประสิทธิผลอย่างแท้จริง

References

Allcock, S., Young, E. H., Holmes, M., Gurdasani, D., Dougan, G., Sandhu, M. S., et al. (2017). Antimicrobial resistance in human populations: challenges and opportunities. *Global Health, Epidemiology and Genomics,2*, 1-7.

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. (2020). *Guidelines for infection prevention and control in hospital.* Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)

Best, J. W. (1977). *Research in education.* (3rd ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Chatchawej, S., Vachvanichsanong, R., Mamart, P., Pimon, P., & Bunsri, S. (2017). Guidelines implementation for the prevention and control of multidrug resistant bacteria in medical intensive care unit. *Region 11 Medical Journal, 31*(4), 697- 708.

Chayakul, Ch., Jongtrakul, P., Wananukul, W., Punnupurot, P., Kanchanarat, P., Yotsombat, K, et al. (2015). *Rational drug use hospital manual.* Retrieved April 21, 2021 from: https://www.hsri.or.th/researcher/media/printed-matter/detail/6270. (in Thai)

Eibicht, S. J. & Vogel, U. (2011). Meticillin-resistant stapphylococcus aureus (MRSA) contamination of ambulance cars after short term transport of MRSA-colonised patients is restricted to the stretcher. *Journal of Hospital Infection, 78*, 221-225.

Hansen, S., Schwab, F., Asensio, A., Carsauw, H., Heczko, P., Klavs, I., et al. (2010). Methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in europe: which infection control measures are taken. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 38*(3), 159-164

Malatham, K. & Manosuthi, W. (2019). *Prevention of antimicrobial resistant infections in hospital.* Bangkok: Aksorn Grphic and Design Publishing. (in Thai)

Phumart, P., Phodhat, T., Thamlikitkul, V., Riewpaiboont, A., Prakongsai, P., & Limwattananon, S. (2012). Health and economic impacts of antimicrobial resistant Infections in Thailand: a preliminary study. *Journal of Health Systems Research*, *6*(3), 352-360.

Rattanaprapha, B. (2019). Development of the system for the prevention and control of the spread of drug-controlled drugs, Special srisangwora Sukhothai Hospital Retrieved Feb 2, 2021 from http://www.203.157.71.172/academic/web/site/ proceeding?event_id= 1&page=research. (in Thai)

Seenprachawong, B. (2020). Outcome of using clinical practice guideline for sepsis in Trang hospital. *Region 11 Medical Journal, 34*(3), 35-46.

Sikao Hospital. (2021). *Drug-resistant infection report, Annual report 2020.* Trang. (in Thai)

Strategy Division Work Plan of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Public health statistics A.D.2018.* Ministry of Public Health. Nonthaburi. Retrieved April 01, 2020 from: https://www.dmsic.moph.go.th/index/detail/7892. (in Thai)

Suwannobol, N., Tapin, J. & Aanansawat, S. (2018). A study of the infection situation, preventive actions and infection control in hospitals, northeastern region. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 24*(2), 78-95.

Thamlikitkul, V. (2015). *Mannual of control and prevention of antimicrobial resistance bacteria in hospitals.* Retrieved Febuary 25, 2021 from: https://www.kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4276. (in Thai)

Trang Hospital. (2020). *Drug-resistant infection report, Annual report.* Trang. (in Thai)

Unahaleka, A., Luangaphaphong, S., & Jittreechua, J. (2014). *Development of appropriated drug-resistant infection prevention practices in the Secondary and tertiary levels hospital.* Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Wisetsiri, P., Unahalekhaka, A., & Kasatpibal, N. (2015). Development of a model for promoting practices to prevent drug-resistant organisms infections among nursing personnel, medical department of a tertiary care hospital. *Nursing Journal, 42*(3), 119-134.

World Health Organization. (2012). *The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action*. Geneva: Switzerland.

Yadrak, P. (2016). Bacteremia situation of vachiraphuket hospital, during the years 2013 to 2015. *Region 11 Medical Journal, 30*(1), 69-77.

Journal of Health and Pedagogy

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง

Factors Related to Quality of Life among Elderly People with Chronic Non-Communicable Diseases in Trang Province

ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์
Supchart Khemwuttipong
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
Trang Public Health Office

(Received: December 19, 2022, Revised: April 17, 2023, Accepted: April 26, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครซี่มอร์แกน จำนวน 410 ตัวอย่าง และทำการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไคสแควร์ Fisher's Exact Test และ Spearman rank correlation

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.29 มีความเชื่อและทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 76.83 มีความคิดเห็นด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปานกลาง ร้อยละ 58.29 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 54.88 แต่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 54.63 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 82.93 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 82.73 คะแนน ($\pm$11.09) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้านการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นไปในทางบวกอยู่ในระดับต่ำ (r= 0.242, 0.278 และ 0.236)

ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำข้อมูลที่ได้ไปออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสามารถการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supchartk@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to explore the quality of life of elderly with chronic non-communicable diseases in Trang Province, and to determine factors related to their quality of life. The study population was 410 people aged 60 years and over with a history of diabetes and hypertension. Subjects were selected by simple random sampling. The research tools were the interview forms, consisting of: 1) personal information, 2) predisposing, enabling, reinforcing factors, and self-care behaviors, and 3) the World Health Organization's quality of Life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, Fisher's Exact Test and spearman's rank correlation.

The results showed that most of the elderly (68.29%) had a high level of knowledge on diabetes and hypertension. 76.83% had a high level of beliefs and attitudes about diabetes and high blood pressure. Attitude about resources and access to public health services was at a moderate level of (58.29%), as well as social and family support (54.88%). Self-care behaviors was low (54.63%). The majority of the elderly (82.93%) had a moderate level of quality of life. They had an overall mean quality of life value of 82.73 ($\pm$11.093). Correlation analyses indicated that resources and access to public health services, social and family support, and self-care behaviors were positively but lowly related to the quality of life.

These results can be used as a basis for designing self-care activities program for the elderly, as well as family and community care.

Keywords: Quality of life, Elderly, Chronic Non-Communicable Diseases

บทนำ

ความชราเป็นกระบวนการทางธรรมชาติของชีวิตซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปของกระบวนการเผาผลาญ (Metabolic activity) ของอวัยวะต่างๆ และความเสื่อมถอยในการงอกใหม่ของเซลล์ (Stefanacci, 2022) อายุขัยเฉลี่ยของผู้คนทั่วโลกได้เพิ่มขึ้น โดยมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น เพศ พันธุกรรม วิถีชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ อาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เป็นต้น (Vega, Hilario, Perez-Caro, Nunez-Torres, Pinto, & Gonzalez-Neira, 2022) องค์การสหประชาชาติรายงานว่า มีผู้สูงอายุมากกว่า 703 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าภายในปี พ.ศ. 2593 (United Nations, 2019) สำหรับในประเทศไทย จำนวนผู้สูงอายุยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้กลายเป็นประเทศสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2576 จะเปลี่ยนเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 28 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยจากโรคหลายโรคอันเนื่องมาจากความเสื่อมของระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุอาจมีความโดดเดี่ยว ขัดสน ต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน การมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2021) ความช่วยเหลือ

ต่าง ๆ เหล่านี้ หากไม่ได้รับการตอบสนองอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Talarska, Tobis, Kotkowiak, Strugała, Stanisławska, & Wieczorowska-Tobis, 2018)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ในการดำรงชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมในสังคมที่อาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) 2) ด้านสุขภาพจิต (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม (Environment) (World Health Organization, 1995) สภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา การดูแลสุขภาพอนามัย และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Talarska, Tobis, Kotkowiak, Strugała, Stanisławska, & Wieczorowska-Tobis, 2018) โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกพรุน และหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและภาระโรค (Disease burden) เพิ่มขึ้น (Suetrong & Choowattanapakorn, 2016) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งมีความเหมือนและแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของพื้นที่ สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (Noknoi & Boripunt, 2017; Kabmanee, Ouicharoen, & Sakulkoo, 2021; Bootwisas, & Intarasat, 2021) นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคแต่ละโรคก็มีความแตกต่างกัน (Hinkhaw, Leaungsomnapa, Pattamasutthikun, Srithahai, Khanviset, & Pootthai, 2017; Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen, 2017; Srichaijaroonpong, Inthasoi, Petchwisai, & Paisan, 2016; Yeesunkaew, Na-Nongkhai, Chayakula, & Sujirarat, 2016)

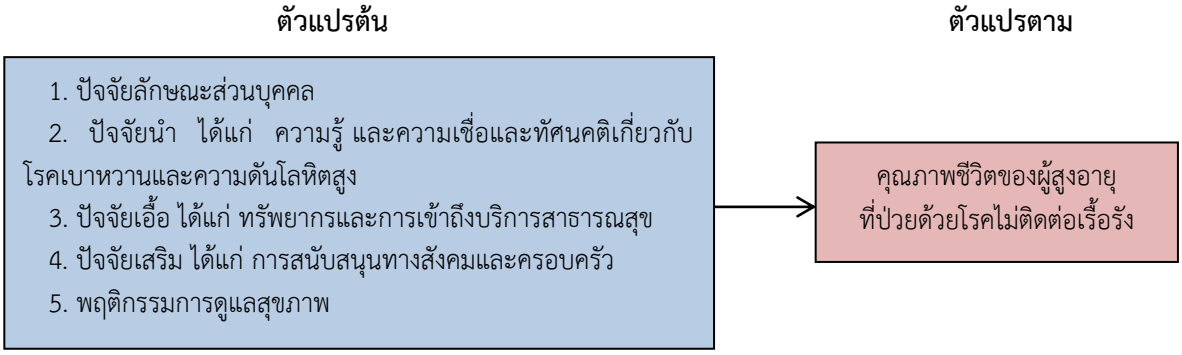
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ แต่มีสาเหตุสำคัญจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นกลุ่มโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการทีละนิดโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว ซึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปีจะส่งผลให้เกิดโรคโดยไม่ทราบและไม่เข้าสู่ระบบการรักษาที่ถูกต้องจนมีความรุนแรงของโรคมากขึ้นและกลายเป็นโรคเรื้อรังในที่สุด โรคเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก เช่น เกิดภาวะติดเตียง ภาวะพิการ และภาวะไตวายเรื้อรัง (Bureau of Health Promotion, 2019) ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดตรังพบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 47,658 คน คิดเป็นร้อยละ 50.25 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.16 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.89 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.38 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.09 ตามลำดับ (Trang Public Health Office, 2020) ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดตรัง มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,875.93 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (1,090.49) ขณะที่อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรของจังหวัดตรัง เท่ากับ 685.23 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (527.82) เช่นกัน (Trang Public Health Office, 2023) ฉะนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมไปถึงการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนอย่างครบวงจรของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ศึกษาตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) เก็บข้อมูลช่วงระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง ไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้าสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 11,639 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 372 คน จากนั้นได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีก 10 % ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องเพิ่มจำนวนจำนวน 38 คน รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บทั้งหมดไม่น้อยกว่า 410 คน

การสุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิจากเครือข่ายบริการระดับโรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง โดยทำการสุ่มตำบล 2 ตำบล/แห่ง ได้ทั้งหมด 8 ตำบล จากนั้นสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนแบบไม่ใส่คืน จากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิก โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนแบบไม่ใส่คืน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 2) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเกิน 6 เดือน และได้รับการรักษาตามที่แพทย์กำหนด ในระบบการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ 3) เป็นผู้ป่วยที่มีข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลติดตามครบถ้วน และ 4) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ปกติ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตอย่างรุนแรงและการติดเชื้อ 2) เป็นผู้ป่วยทางจิตหรือมีภาวะทางจิต และ 3) เป็นผู้ป่วยที่มีเนื้องอกร้ายหรือเป็นผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบสัมภาษณ์ WHOQOL-BREF–THAI ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การพักอาศัย จำนวนบุตร การมีผู้ดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ/งานหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการสื่อสารความรู้และสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

2.1) ปัจจัยนำ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

(1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์คะแนนโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 หรือ 0 - 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00 - 79.99 หรือ 13 - 15 คะแนน) และระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หรือ 16 - 20 คะแนน)

(2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวก เชิงลบ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ เห็นด้วย (2คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1981) 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.67 หรือ 0 - 8 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.68 - 1.35 หรือ 9 - 16 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.36 - 2.00 หรือ 17 - 24 คะแนน)

2.2) ปัจจัยเอื้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1981) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หรือ 15 – 34 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หรือ 35 - 55 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หรือ 56 - 75 คะแนน)

2.3) ปัจจัยเสริม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว จำนวน 16 ข้อ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1981) 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หรือ 16 – 37 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หรือ 38 - 58 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หรือ 59 - 80 คะแนน)

2.4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ คำตอบจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติเลยทั้งสัปดาห์ (0 คะแนน) ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน) ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) ปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) และ ปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน นำคะแนนที่ได้แบ่งตามเกณฑ์ของ Best (1977) 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00 - 1.33 หรือ 0 – 20 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.67 หรือ 21 – 40 คะแนน) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.68 – 4.00 หรือ 41 - 60 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำข้อคำถามขององค์การอนามัยโลก (WHOQWL BRIF THAI) (Department of Mental Health, 2016) นำมาจัดเรียงข้อคำถามใหม่ ดังนี้

1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ข้อที่ 1 - 7) แบ่งตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 7 - 16) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 17 - 26) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 27 - 35 คะแนน)

2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ข้อที่ 8 - 13) ตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 6 - 14) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 15 - 22) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 23 - 30 คะแนน)

3) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธภาพทางสังคม (ข้อที่ 14 - 16) ตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 3 - 7) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 8 - 11) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 12 - 15)

4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (ข้อที่ 17 - 24) ตามหลักเกณฑ์ของ WHO จำนวน 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 8 - 18) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 19 - 29) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 30 - 40)

5) คุณภาพชีวิตโดยรวม (ข้อที่ 25 - 26) การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตรวม นำคะแนนที่ได้แบ่งตามหลักเกณฑ์ของ WHO มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนระหว่าง 26 – 60) ระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 61 – 95) และระดับดี (คะแนนระหว่าง 96 – 130)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) จำนวน 3 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จากนั้นนำไปหาความ IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงในพื้นที่ติดกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) ได้ค่าระหว่าง 0.43 - 0.98 และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ได้ค่าระหว่าง 0.353 - 0.570 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.930 แบบสอบถามด้านความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbrach´alpha coefficient) ดังนี้ ด้านความเชื่อและทัศนคติ เท่ากับ 0.744 ปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.923 ปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.946 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.761 แบบประเมินคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.652 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.841

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย ได้ประชุมชี้แจงและอบรมขั้นตอนการทำงาน วิธีเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้รับบริการและส่งรายชื่อให้เจ้าหน้าที่ทำการนัดหมายในการสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ทำการชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการสัมภาษณ์ จนได้จำนวนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ได้กำหนด ในช่วงระหว่าง 10 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนำแบบสัมภาษณ์ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนออกจากภาคสนามผู้วิจัยทำการบันทึก และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลคุณลักษณะตัวแปรใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical variables) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) และ Fisher's Exact Test

สำหรับตัวแปร อายุ จำนวนบุตร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้วยสถิติ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$) โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก (r= 0.80 – 1.00) ความสัมพันธ์สูง (r= 0.60 – 0.79) ความสัมพันธ์ปานกลาง (r= 0.40 – 0.59) ความสัมพันธ์ต่ำ (r = 0.20 – 0.39) และความสัมพันธ์ต่ำมาก (r= 0.01 – 0.19)

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง หมายเลขการรับรอง 21/2565 รับรองวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.98) มีอายุเฉลี่ย 65.11 ปี (*S.D.*= 3.73) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.64) พักร่วมกับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 78.54) ส่วนใหญ่มีบุตรตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป (ร้อยละ 95.36) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 94.63) ส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.73) มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 60.00) รายได้เฉลี่ย 7,502.68 บาท (*S.D.*= 8,222.79) แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากงานหลักที่ทำในปัจจุบัน (ร้อยละ 76.34) มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 40.09) ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 89.27) และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.00) ใช้ไลน์แอปพลิเคชันและเฟสบุ๊คในการสื่อสาร

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง (n=410)

ปัจจัย	ระดับ		
	ต่ำ (จำนวน/ร้อยละ)	ปานกลาง (จำนวน/ร้อยละ)	สูง (จำนวน/ร้อยละ)
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	10 (2.44)	120 (29.27)	280 (68.29)
ความเชื่อและทัศนคติโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	0 (0.00)	95 (23.17)	315 (76.83)
ปัจจัยเอื้อ			
ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	17 (4.15)	239 (58.29)	154 (37.54)
ปัจจัยเสริม			
การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว	147 (35.85)	225 (54.88)	38 (9.27)
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	224 (54.63)	186 (45.37)	0 (0.00)

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับสูง ร้อยละ 68.29 มีความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับสูง ร้อยละ 76.83 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.29 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุน

ทางสังคมและครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.88 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 54.63 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ตอบถูก ตอบผิด 3 อันดับแรก (n= 410)

ลำดับ	ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
	ข้อที่ตอบถูก		
1	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาก ๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้	410	100.00
2	อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ หิวจัด เหงื่อออกผิดปกติ ใจสั่น ปวดศีรษะ	409	99.76
3	หากผู้ป่วยเบาหวานมีแผล มักจะเป็นแผลหายยาก	401	97.80
	ข้อที่ตอบผิด		
1	อาการอันตรายที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงคือตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัด	395	96.34
2	โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	354	86.34
3	การรักษาโรคเบาหวานคือการรับประทานยาโรคเบาหวานอย่างเดียว	244	59.51

จากตาราง 2 พบว่า ข้อที่ตอบถูกทุกคน คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาก ๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้ ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ อาการอันตรายที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงคือตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัด (ร้อยละ 96.34) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อและทัศนคติ ที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก (n= 410)

ลำดับ	ข้อคำถาม	M	*S.D.*	แปลผล
1	การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	1.99	0.12	สูง
2	ผู้ดูแลและคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ท่านตั้งใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	1.90	0.30	สูง
3	โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้	1.89	0.32	สูง

จากตาราง 3 พบว่า ความเชื่อและทัศนคติโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (M= 1.99, *S.D.*= 0.12) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก (n= 410)

ลำดับ	ข้อคำถาม	M	*S.D.*	แปลผล
	ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข			
1	ได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลจากสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ	3.86	0.89	สูง
2	ได้รับการบริการตรวจสุขภาพที่ดีในคลินิกโรคเรื้อรัง (คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง)	3.79	0.96	สูง

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อคำถาม	M	*S.D.*	แปลผล
3	มีความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการจากคลินิกโรคเรื้อรังมากน้อยเพียงใด (คลินิกเบาหวานและคลินิกความดันโลหิตสูง)	3.77	0.88	สูง
	การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว			
1	ได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเสมอ	3.57	1.08	ปานกลาง
2	ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือสิ่งของจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเสมอ	3.52	1.23	ปานกลาง
3	ได้รับข้อมูลข่าวสารเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	3.49	1.29	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่าทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านการรักษาพยาบาลจากสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุ (M= 3.86, *S.D.*= 0.89) การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ได้รับกำลังใจจากญาติ/พี่น้อง เมื่อเจอปัญหาในชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเสมอ (M= 3.57, *S.D.*= 1.08) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรก (n= 410)

ลำดับ	ข้อคำถาม	M	*S.D.*	แปลผล
1	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	2.93	1.02	สูง
2	ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้วทุกวัน	2.35	1.19	ปานกลาง
3	รับประทานผัก/ผลไม้ลดเสมอวันละอย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัม	1.85	1.05	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ (M= 2.93, *S.D.*= 1.02) รายละเอียดดังตาราง 5

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=410)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	0	0.00
คุณภาพชีวิตระดับกลาง (61 - 95 คะแนน)	340	82.93
คุณภาพชีวิตดี (96 - 130 คะแนน)	70	17.07

Min= 61, Max= 103, M = 82.73, *S.D.*= 11.09

จากตาราง 6 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 82.93) รองลงมา คือ ระดับดี (ร้อยละ 17.07) รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตแยกรายด้านและรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก (n=410)

ลำดับ	ข้อคำถาม	M	*S.D.*	แปลผล
	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย			
1	สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี	2.23	1.29	ปานกลาง
2	รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	2.19	1.04	ปานกลาง
3	จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน	2.10	1.34	ปานกลาง
	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ			
1	รู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	2.51	0.86	ปานกลาง
2	รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	2.46	0.93	ปานกลาง
3	ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้	2.43	0.85	ปานกลาง
	คุณภาพชีวิตด้านสังคม			
1	พอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	2.36	0.64	ปานกลาง
2	พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	2.40	0.66	ปานกลาง
3	พอใจในชีวิตทางเพศ (ชีวิตทางเพศ หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์ การแสดงถึงความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน การกอดกัน)	1.30	1.08	ปานกลาง
	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม			
1	พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	2.93	0.82	สูง
2	พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	2.55	0.53	ปานกลาง
3	มีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	2.45	0.74	ปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี (M= 2.23, *S.D.*= 1.29) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ รู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) (M= 2.51, *S.D.*= 0.86) คุณภาพชีวิตด้านสังคม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา (M= 2.36, *S.D.*= 0.64) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ (M= 2.93, *S.D.*= 0.82) รายละเอียดดังตาราง 7

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ดังตาราง 8

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (n= 410)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	*p*-value
	ระดับกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	138 (86.25)	22 (13.75)	2.047	1	0.153
หญิง	202 (80.80)	48 (19.20)			
สถานภาพ					
เดี่ยว(โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	56 (88.89)	7 (11.11)	1.869	1	0.172

ตาราง 8 (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	*p*-value
	ระดับกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)			
คู่(สมรส)	284 (81.84)	63 (18.16)			
การพักอาศัย					
อยู่คนเดียว	13 (72.22)	5 (27.78)	Fisher's		0.208
อยู่กับสามี/ภรรยา/บุตร/หลาน/ญาติ	327 (83.42)	65 (16.58)	Exact Test		
ผู้ดูแล					
มีผู้ดูแล	321 (82.30)	69 (17.70)	Fisher's		0.628
ไม่มีผู้ดูแล	19 (90.47)	2 (9.53)	Exact Test		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	319 (84.17)	60 (15.83)	5.462	1	0.019
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	21 (67.74)	10 (32.26)			
อาชีพ/งานหลักที่ทำในปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	34 (80.95)	8 (19.05)	4.604	2	0.100
มีอาชีพ	286 (84.36)	53 (15.64)			
เกษียณข้าราชการบำนาญ	20 (68.96)	9 (31.04)			
แหล่งรายได้					
งานประจำ/งานหลักที่ท่านทำในปัจจุบัน	261 (83.38)	52 (16.62)	1.402	2	0.496
คนในครอบครัว	33 (76.74)	10 (23.26)			
สวัสดิการของรัฐ	46 (85.18)	8 (14.82)			
การมีรายได้เพียงพอ					
ไม่พอใช้จ่าย	115 (85.82)	19 (14.18)	1.178	1	0.278
พอใช้จ่าย	225 (81.52)	51 (18.48)			
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	304 (83.06)	62 (16.94)	0.043	1	0.836
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	36 (81.82)	8 (18.18)			
การสื่อสาร ความรู้ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์					
ไม่มี	156 (84.78)	28 (15.22)	4.369	2	0.113
ไลน์ (Line)	170 (82.92)	35 (17.08)			
เฟสบุค (Facebook)	14 (66.67)	7 (33.33)			

จากตาราง 8 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การมีผู้ดูแล อาชีพ/งานหลักที่ทำในปัจจุบัน แหล่งรายได้ การมีรายได้ที่เพียงพอ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายละเอียดดังตาราง 8

เมื่อนำความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้ผลวิจัยดังตาราง 9

ตาราง 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ปัจจัย	ความสัมพันธ์	*p*-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	-0.028	0.576
ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	0.046	0.353
ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	0.242	< 0.001
การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว	0.278	< 0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	0.236	< 0.001

จากตาราง 9 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ (r_s= 0.278, 0.242 และ 0.236) ตามลำดับ สำหรับความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต รายละเอียดดังตาราง 9

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรังส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตระดับกลาง เมื่อพิจารณารายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมจะอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงด้านสิ่งแวดล้อมประเด็นความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้จะมีคุณภาพชีวิตระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุจังหวัดตรัง ส่วนใหญ่เป็นคนในภูมิลำเนาจังหวัดตรัง และดำรงชีวิตในพื้นที่ชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมเดิม ๆ อายุเฉลี่ย 65.11 ปี ยังช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงรู้สึกพอใจในการดำรงชีพในปัจจุบัน โดยคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Suwannasing & Assana (2018) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย ซึ่งเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นด้าน พบว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีมากที่สุดคือด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 46.2) ตามด้วยด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสุขภาพกายตามลำดับ (ร้อยละ 21.7 และ ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ)

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ปัจจัยอายุ และปัจจัยระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับต่ำและระดับปานกลางตามลำดับกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -0.197, *p*–value= 0.043 และ r= -0.371, *p*–value= < 0.001) และการศึกษาของ Tabutwong (2016) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต พบว่า ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายเป็นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วย

กว่าช่วงวัยอื่น หากผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้จะทำให้ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์และส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen (2017) รวมทั้งงานวิจัยอื่น ๆ (Wannachart, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, & Taechaboonsermsak, 2015) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยสัมพันธ์อันดี จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต และถ้าผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mingmai (2018) และ Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen (2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบผู้สูงอายุจังหวัดตรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานผัก ผลไม้อย่างสม่ำเสมอ และดื่มน้ำสะอาด เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตสมัยใหม่ ของจังหวัดตรังที่มีอิทธิพลต่อการเลือกอาหาร และเป็นที่ยอมรับว่าจังหวัดตรังมีชื่อเสียงด้านอาหารการกิน มีความหลากหลายของอาหารและเครื่องดื่ม มีร้านอาหารมีชื่อหลายร้าน ทำให้ผู้คนนิยมบริโภคนอกบ้านหรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทาน ซึ่งอาจทำให้ต้องบริโภคอาหารที่ไม่สามารถควบคุมการปรุงรสได้ มีการปรุงรสหวาน มัน เค็ม และมีผักเป็นส่วนประกอบน้อย ขณะที่การศึกษาของ Kaewyoo, Niamkerd, & Promsukhan (2020) ผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเอง มีโภชนาการที่เหมาะสม มีการพักผ่อนที่เพียงพอ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลดีต่อสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ผู้ดูแล รายได้ อาชีพ/งานหลักที่ทำในปัจจุบัน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การเป็นสมาชิกชมรม และการใช้สื่อโซเชียล ความรู้ และความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tabutwong (2016) ที่พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ลักษณะการพักอาศัย (อยู่คนเดียวหรือมีคนอยู่ด้วย) การมีบุตร การมีผู้ดูแล การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.61 พักอาศัยอยู่กับสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ ทำให้มีผู้ดูแล จึงมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 89.27 ที่ยังไม่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุใช้เฟสบุ๊คหรือไลน์ร้อยละ 55.00 ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง อาจเพราะยังไม่มีการใช้สื่อเหล่านี้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยในข้าราชการบำนาญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Chaichuay, 2017) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ Doloh (2016) ที่ศึกษาในตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 61.6) จะมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ศาสนา อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย ลักษณะการอยู่กับครอบครัว รายได้ Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Phoha, & Phanitcharoen (2017) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ อาชีพ

อายุ รายได้ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางถึงมาก (ร้อยละ 97.56) มีความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับมาก (ร้อยละ 76.83) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ขณะที่พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางแต่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Green & Kreuter, 1991) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Ong-artborirak & Seangpraw, 2019) ความรู้ และทัศนคติมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Borba, ArrudaAna, Marques, Leal, & Diniz, 2019) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับความรู้ที่ถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Armeeroh & Poum, 2018) ความเชื่อและทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรม (Ajzen & Fishbein, 1980) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ เกิดทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เช่น ทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร ทัศนคติด้านการรับประทานยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ และทัศนคติด้านการออกกำลังกายจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Armeeroh & Poum, 2018)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ได้แก่ ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ฉะนั้น ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานโรคเรื้อรังหรืองานปฐมภูมิควรนำปัจจัยดังกล่าวไปออกแบบกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง สามารถดูแลสุขภาพตนเอง โดยบุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมที่ให้มีการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวแก่ผู้สูงอายุร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลโดยครอบครัวและชุมชนอย่างครบวงจรในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

References

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.278. Retrieved July 25, 2022 from https://www.scienceopen.com/book?vid=c20c4174-d8dc-428d-b352-280b05eacdf7.

Armeeroh, A., & Poum, A. (2018). Knowledge and attitude associated with self-care behavior among hypertension patients in Kohsathon sub-district, Takbai district, Narathiwat province. *Wichcha Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University, 37*(1), 38-49.

Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts.* (4th Edition). New Jersey: Preentice–Hall.

Best, J. W. (1981). *Research in education.* (3nd ed). Englewod Cliffs: Prentice-Hall.

Bloom, B. S., Hastings, T. J., Madaus, G. F. (1971). *Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.* New York: McGraw – Hill Book Company Inc.

Bootwisas, N. & Intarasat, U. (2021). Factors contributing quality of life for elders: a studying case in Phra Nakhon Si Ayutthaya city, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. (Research report). Phra Nakhon Si Ayutthaya: Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi. Phra Nakhon Si Ayutthaya Campus. (in Thai)

Borba, A., Arruda, I., Marques, A., Leal, M., and Diniz, A. (2019). Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*, (1), 125-136. https://doi: 10.1590/1413-81232018241.35052016.

Bureau of Health Promotion, Department of Health. (2019). *Standard essential body of knowledge for workforce health promotion for public health officers. Chronic Non-communicable Diseases.* Nonthaburi. (in Thai)

Chaichuay, W. (2017). Elderlies' experience in using LINE application: a phenomenological study. *Veridian E-Journal, Silpakorn University. 10*(1), 905-918.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *WHOQOL-BREF-THAI.* Retrieved July 25, 2022 from https://www.dmh.go.th/test/whoqol/. (in Thai)

Doloh, M. (2016). *Factors related the quality of life among the elderly in the southern border provinces: A case study of Bala sub-district, Kabang District, Yala Province.* A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the master of science field in public health graduate school, Yala Rajabhat University. (in Thai)

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2021). Situation of the thai older persons 2021. (Report) Bangkok.

Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An educational and environment approach. California, 2nd ed. *Mayfield Publishing, 19*(3), 298. Retrieved July 25, 2022 from https://deepblue.lib.umich. edu/bitstream/ handle/2027.42/30012/0000380.pdf?sequence= 1&isAllowed=y.

Hinkhaw, C., Leaungsomnapa, Y., Pattamasutthikun, N., Srithahai, J., Khanviset, S., & Pootthai, P. (2017). Quality of life of people with chronic illness in the responsible areas of Tha Chang sub-district administrative organization, Chanthaburi province. *Journal of Health Science Research, 11*(1), 23-32.

Jumneansuk, A., Detboon, P., Mingmai, K., Phophak, S., Phoha, S., & Phanitcharoen, S. (2017). Quality of life among elderly who are living with chronic diseases, Srichomphu district, Khon Khan province. *Ratchaphruek Journal, 15*(2), 16-26.

Kabmanee, N., Ouicharoen S., & Sakulkoo, P. (2021). The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udornthani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Surin 11*(1), 27-39.

Kaewyoo, R., Niamkerd, P., & Promsukhan, S. (2020). The relationship between social support, health care behavior and quality of life among the older people with chronic illness in the community. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 3*(2), 166-177.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.

Mingmai, K. (2018). Quality of life among older people with chronic diseases in Wiset Chai Chan, Ang Thong province. *The Golden Teak : Science and Technology Journal, 5*(1), 13-24.

Noknoi, C. & Boripunt, W. (2017). The quality of life of elders in Songkhla province. *Princess of Naradhiwas University Journal, 9*(3), 94-105.

Ong-artborirak, P. & Seangpraw, K. (2019). Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the border of Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare. 12*, 1049-1059. https://doi:10.2147/JMDH.S227617.eCollection 2019.

Srichaijaroonpong, S., Inthasoi, T., Petchwisai, A., & Paisan, R. (2016). Factors relating to the quality of life of the diabetic patients at Ban Chiang Kruea Pho Chai health promoting hospital, Chiang Kruea sub district, Muang district, Sakon Nakorn province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen. 23*(3), 23-33.

Stefanacci, R. G. (2022). Overview of aging MSD manual. Retrieved July 25, 2022 from https://www.msdmanuals.com/home/older-people's-health-issues/the-aging-body/overview-of-aging.

Suetrong, A., & Choowattanapakorn, T. (2016). Factors predicting quality of life in older persons with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. *27*(2), 58-70.

Suwannasing, N., & Assana, S. (2018). Quality of life of elderly with diabetes mellitus under the responsibility of tambol Phet Charoen health promoting hospital, Phet Charoen sub-district, Muang Loei district, Loei province. *Journal of Health Science and Community Public Health, 1*(1), 54-69.

Tabutwong, N. (2016). Quality of life of person with diabetes and hypertension, Maetha hospital Lampang province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok, 4*(1), 45-54.

Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Medical Science Monitor, 24*(1), 604-1613. https://doi:10.12659/msm.907032. PMID: 29551764; PMCID: PMC5870108.

Trang Public Health Office. (2020). *Chronic non-communicable diseases report 2020.* Trang. (in Thai)

Trang Public Health Office. (2023). Chronic non-communicable diseases report 2023. Trang. (in Thai)

United Nations. (2019). World population ageing 2019. Retrived July 25, 2022 from https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf.

Vega, T., Hilario, F., Perez-Caro, M., Nunez-Torres, R., Pinto, R. M., & Gonzalez-Neira, A. (2022). Genetic, environmental and life-style factors associated with longevity. *Protocol and Response of the LONGECYL Study. SESPAS, 36*(3), 260-264. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.005.

Wannachart, M., Nanthamongkolchai, S., Munsawaengsub, C., & Taechaboonsermsak, P. (2015). Quality of life among elderly people with chronic disease in Ubon Ratchathani province. *Journal Public Health. (Special edition),* 18-19

World Health Organization. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409. http://doi:10.1016/0277- 9536(95)00112-k.

Yeesunkaew, R., Na-Nongkhai, S., Chayakula, C., & Sujirarat, D. (2016). Quality of life in end stage renal disease patients undergoing hemodialysis according to the different health benefit schemes. *Vajira Nursing Journal, 18*(1), 79–88.

Journal of Health and Pedagogy

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11

Health Literacy and Factors Related to Leprosy Prevention and Surveillance Behaviors of Village Health Volunteers in the Health Region 11

สุกาญดา หมื่นราษฎร์
Sukanda Muenrat
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Office of Disease Prevention and Control 11, Nakhon Si Thammarat

(Received: March 26, 2023, Revised: April 17, 2023, Accepted: May 4, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน 2) ระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น อสม. จำนวน 176 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยการหยิบฉลากโดยไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่า IOC เท่ากับ 0.67 – 1.00 ทดสอบค่าความเที่ยง KR-20 ความรู้โรคเรื้อน เท่ากับ 0.75 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.96 และพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิธีวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 65.91) พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 53.41) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ความรู้โรคเรื้อน (aOR= 1.89, 95%CI= 1.03 - 3.48) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (aOR= 2.64, 95%CI= 1.40 - 4.97) ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (aOR= 3.64, 95%CI= 1.69 - 7.83) และด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (aOR= 3.04, 95%CI= 1.41 - 6.55)

ข้อเสนอแนะ ควรอบรมฟื้นฟูความรู้โรคเรื้อนให้ อสม. โดยเน้นความรู้ในเรื่องการคัดกรองและการวินิจฉัยอาการเบื้องต้นของโรคเรื้อน เพื่อให้สามารถ ตรวจคัดกรองอาการเบื้องต้น ให้คำแนะนำ และส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยเมื่อพบผู้สงสัยโรคเรื้อนในชุมชนได้ และจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนให้แก่ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน โดยเน้นทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองและเฝ้าระวังโรคเรื้อนในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคเรื้อน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:sukadii@gmail.com)

Abstract

This analytic cross-sectional research aimed to examine the health literacy level, leprosy prevention and surveillance behaviors, as well as factors influencing these behaviors among village health volunteers (VHVs) in health region 11 epidemiological indications area. The sample was 176 VHVs. Simple random sampling was applied. The research tool was a questionnaire developed by the researcher. Experts verified the validity of the questionnaire, obtaining an IOC ranged between 0.67 to 1.00. The reliability of the questionnaire regarding leprosy knowledge and health literacy was tested using KR-20, obtaining values of 0.75, and 0.96, respectively. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire regarding leprosy prevention and surveillance behaviors was equal to 0.79. Data analysis was performed, using statistics, included percentages, mean, standard deviation, minimum and maximum values, and multivariate logistic regression.

The results showed that the health literacy and leprosy knowledge of VHVs were at a good level. The majority of them (65.91%) were at a good level, whereas the majority of VHV leprosy prevention and surveillance behaviors (53.41%) were at a low level. Knowledge of leprosy (aOR= 1.89, 95%CI= 1.03-3.48), access to health information and services (aOR= 2.64, 95%CI= 1.40 - 4.97), interactive questions to improve cognition (aOR= 3.64, 95%CI= 1.69 - 7.83), and health decision-making (aOR= 3.04, 95%CI= 1.41 - 6.55) were the factors related to leprosy prevention and surveillance behaviors with statistical significance (*p*-value = 0.05).

Therefore, a training to restore knowledge of leprosy among VHVs, emphasizing on knowledge of screening and early diagnosis of leprosy should be done. So they will be able to screen, advise, and refer patients for proper diagnosis when suspected leprosy is found in the community. In addition, the process of improving leprosy health knowledge among village health volunteers in the area of epidemiological indications of leprosy should thus be promoted through the organization in order to help volunteers to develop self-protective behaviors and improve leprosy surveillance in the community.

Keywords: Health Literacy, Prevention Behaviors, Leprosy, Village Health Volunteers

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Mycobacterium leprae* มีระยะฟักตัวนาน ทำให้เกิดอาการที่ผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาช้าจะทำให้เกิดความพิการถาวรที่ตา มือ และเท้า มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และเกิดตราบาป (Stigma) แก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้ โรคเรื้อนเป็นโรคที่ถูกละเลย (Neglected disease) มีความสำคัญเชิงนโยบายน้อย ในปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ คือ มีอัตราชุกต่ำกว่า 1/10,000 (Noordeen, 1995) สถาบันราชประชาสมาสัย รายงานว่าอัตราชุกของโรคเรื้อนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ.2527 อัตราชุก 9 ต่อประชากร 10,000 คน เหลือเพียง 0.013 ต่อประชากร 10,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 สำหรับสถานการณ์โรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบอัตราอัตราชุก 0.20, 0.10, 0.15, 0.12 และ 0.17 ต่อประชากร 10,000 คน ตามลำดับ ซึ่งการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีมีแนวโน้มขึ้นลงไม่คงที่ และพบผู้ป่วยในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง แต่หากยังพบความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วย

โรคเรื้อนรายใหม่ กล่าวคือ ค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ร้อยละ 11.1, 20, 14.3 33.3 และ 50 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 25.78 ซึ่งสูงกว่าประเทศ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 14.49 แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดไม่เกินร้อยละ 10 เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ขณะเดียวกันจากข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ย้อนหลัง 10 ปี (ปี พ.ศ. 2554 - 2563) พบว่า ยังคงมีพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเรื้อน 4 อำเภอ ได้แก่ พื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก คือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช และอำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ส่วนอำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต และอำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ เป็นพื้นที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มียอดรวมตั้งแต่ 7 รายขึ้นไป ในรอบ 10 ปี (Rajapracha Samasai Institute, 2021)

สถาบันราชประชาสมาสัยในฐานะที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบแผนงานควบคุมโรคเรื้อนระดับประเทศ (National leprosy control program) จึงกำหนดมาตรการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยส่งเสริมบทบาทให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองผู้สงสัยโรคเรื้อนในชุมชน แต่จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า อสม. ยังมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคเรื้อนในระดับที่ต่ำและไม่ได้ดำเนินการค้นหาผู้สงสัยโรคเรื้อนในชุมชน สาเหตุเนื่องมาจากขาดความรู้เรื่องโรคเรื้อน อาการเริ่มต้นของโรคเรื้อนที่ถูกต้อง ขาดการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากภาระงานต่าง ๆ ของ อสม. (Office of Disease Prevention and Control, Region 11, 2020) การมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคเรื้อนและการเฝ้าระวังโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเรื้อนจึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในชุมชน และจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในกลุ่มที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วยและมีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมและรักษาโรคในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว มีองค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา (Becker, 1990) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง Dee-Mak (2004) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนของประชาชน พบว่า รายได้ ความรู้เรื่องโรคเรื้อน ทัศนคติต่อโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 งานวิจัยของ Techaumuauywit (2009) ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อน และ (Sales, Leon, Duppre, Hacker, Nery, Sarno, et al, 2011) ได้ศึกษาพบว่า เพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคเรื้อน ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเรื้อน

จากการวิจัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและการเฝ้าระวังโรคในชุมชนของ อสม. ที่ผ่านมามีการศึกษาที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่น โรคไข้หวัดนก พบว่า เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการทำงานของ อสม. ความรู้ และการรับรู้ต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (Sueamak, 2011) สำหรับปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เกี่ยวกับโรคเรื้อนกับพฤติกรรมป้องกันโรคและเฝ้าระวังโรคเรื้อนยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษา แต่จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) พบว่า ความสามารถในการหาข้อมูลคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกวิธีการและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกต่อในสิ่งที่ถูกต้องให้ผู้อื่นนำไปใช้ต่อได้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางตรงต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ (Health Education Division, 2019)

จากปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ รักษาหายขาด และผู้ป่วยจะไม่เกิดความพิการ ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้หากได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายแกนนำชุมชน อสม. และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและเฝ้าระวังโรคเรื้อนในชุมชนที่ดี ดังนั้น ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับโรคเรื้อนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของ อสม. ในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11 จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดคุณลักษณะของ อสม. และนำข้อมูลมาวางแผนและกำหนดมาตรการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเรื้อน เพื่อให้พร้อมที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเรื้อนในพื้นที่ ส่งผลให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายกำจัดโรคเรื้อน มุ่งสู่ Zero Leprosy ในปี พ.ศ. 2570 ต่อไป

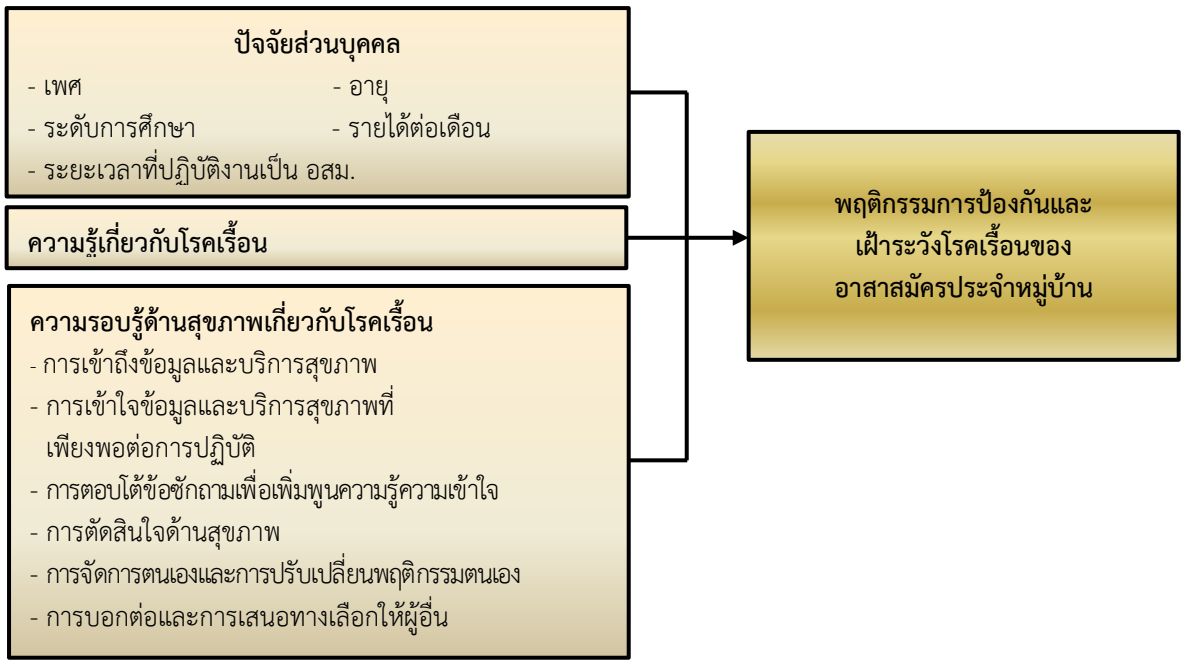
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนกับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11

นิยามศัพท์

พื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 หมายถึง อำเภอเป้าหมายโดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ย้อนหลัง 10 ปี (ปี พ.ศ. 2554 - 2563) ที่มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ 1) พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกปีติดต่อกันในรอบ 10 ปี 2) พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ในรอบ 10 ปี และ 3) พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มียอดรวมตั้งแต่ 7 รายขึ้นไป ในรอบ 10 ปี พื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 1) หมู่ 2 ตำบลกะรน, หมู่ 4,7 ตำบลรัษฎา, หมู่ 6 ตำบลวิชิต, หมู่ 5 ตำบลฉลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 2) หมู่ 4 ตำบลคุระ หมู่ 6 ตำบลแม่นางขาว อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา 3) หมู่ 4 ตำบลศาลาด่าน อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ และ 4) หมู่ 4 ตำบลท่าง้ิว หมู่ 5 ตำบลนาทราย หมู่ 9 ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross–sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 313 คน จำแนกเป็นจังหวัดภูเก็ต 128 คน จาก 6 หมู่บ้าน จังหวัดพังงา 46 คน จาก 2 หมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ 41 คน จาก 1 หมู่บ้าน และจังหวัดนครศรีธรรมราช 98 คน จาก 3 หมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 11 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 176 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการหยิบฉลากจำนวน อสม. ตามหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอยู่ โดยไม่คืนที่เดิม (Sampling without replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11 ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคเรื้อน เป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choices) ชนิด 4 ตัวเลือก โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง (ได้คะแนน 8 - 10 คะแนน หรือตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับต่ำ (ได้คะแนน 1 - 7 หรือน้อยกว่าร้อยละ 80)

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน ประกอบด้วย 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Health Education Division (2019) จำนวน 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับดี (ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับไม่ดี (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 6 ข้อ
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ
5. การจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ
6. การบอกต่อและการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน จำนวน 13 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ/ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) และแบ่งพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน เป็น 2 ระดับ คือ ระดับดี (ได้คะแนน 52 - 65 หรือตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับไม่ดี (ได้คะแนน 13 - 51 หรือน้อยกว่าร้อยละ 80)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาความ IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ได้คัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป และนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้การคำนวณของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson) แบบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงในด้านความรู้โรคเรื้อน เท่ากับ 0.75 ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.96 และแบบสอบพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยนำกลุ่มตัวอย่างมารวมที่ห้องประชุมปิด และทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ และขอความยินยอมโดยสมัครใจโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล แจกแบบสอบถามอธิบายการตอบในแต่ละส่วนให้เข้าใจตรงกัน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามจน ครบทุกชุดเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ ร้อยละ 100.00 แล้วนำแบบสอบถามกลับมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา กรณีข้อมูลแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของ อสม. ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยวิธีวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multivariate logistic regression) (Odds Ratio และ 95% confidence interval)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี นครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ Exc-04/2565 รับรองวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2565 – 22 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนทั้งหมด 176 คน พบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.64 ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.61 มีการศึกระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.93 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.41 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 62.50

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน ระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน และระดับความรู้โรคเรื้อน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนและระดับความรู้โรคเรื้อน (n=176)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน		
ระดับต่ำ	60	34.09
ระดับดี	116	65.91
(M= 148.56, *S.D.*= 11.78, Min.= 117, Max.= 178)		
พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน		
ระดับไม่ดี	94	53.41
ระดับดี	82	46.59
(M= 51.07, *S.D.*= 5.34, Min.= 39, Max.= 64)		
ความรู้โรคเรื้อน		
ระดับต่ำ	80	45.45
ระดับสูง	96	54.55
(M= 7.32, *S.D.*= 2.26, Min.= 5, Max.= 10)		

จากตาราง 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนโดยรวม 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.91 พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.41 และความรู้โรคเรื้อนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.55 ดังรายละเอียดตามตาราง 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ดังตาราง 2 และตาราง 3

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนโดยการวิเคราะห์ครั้งละตัวแปร (Binary logistic regression analysis)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน (n=176)		Odds ratio (OR)	95% CI	*p*-value
	ดี	ไม่ดี			
เพศ					
หญิง	73 (46.79)	83 (53.21)	1.07	0.42-2.74	1.00
ชาย	9 (45.00)	11 (55.00)			
อายุ (ปี)					
< 50	24 (42.11)	33 (57.89)	0.77	0.45-1.45	0.43
≥ 50	58 (48.74)	61 (51.26)			
ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษา-ปริญญาตรี	36 (53.73)	31 (46.27)	1.59	0.86-2.93	0.16
ประถมศึกษา	46 (42.20)	63 (57.80)			
รายได้ต่อเดือน (บาทต่อเดือน)					
> 5,000 บาท	42 (44.68)	52 (55.32)	0.84	0.47-1.54	0.65
≤ 5,000 บาท	40 (48.78)	42 (51.22)			
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.					
> 10 ปี	54 (49.09)	56 (50.91)	1.31	0.71-2.42	0.44
≤ 10 ปี	28 (42.42)	38 (57.58)			
ความรู้โรคเรื้อน					
สูง	52 (54.17)	44 (45.83)	1.97	1.08-3.61	0.03*

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน (n=176)		Odds ratio (OR)	95% CI	*p*-value
	ดี	ไม่ดี			
ต่ำ	30 (37.50)	50 (62.50)			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน					
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ดี	59 (56.73)	45 (43.27)	2.79	1.49 - 5.24	<0.01*
ไม่ดี	23 (31.94)	49 (68.06)			
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
ดี	72 (50.70)	70 (49.30)	2.47	1.10 - 5.54	0.03*
ไม่ดี	10 (29.41)	24 (70.59)			
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ					
ดี	72 (54.55)	60 (45.45)	4.08	1.86 - 8.93	<0.01*
ไม่ดี	10 (22.73)	34 (77.27)			
การตัดสินใจด้านสุขภาพ					
ดี	72 (52.94)	64 (47.06)	3.37	1.53 - 7.44	<0.01*
ไม่ดี	10 (25.00)	30 (75.00)			
การจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง					
ดี	74 (50.00)	74 (50.00)	2.50	1.14 - 6.03	0.04*
ไม่ดี	8 (28.57)	20 (71.43)			
การบอกต่อและการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น					
ดี	67 (49.63)	68 (50.37)	1.71	0.83 - 3.51	0.17
ไม่ดี	15 (36.59)	26 (63.41)			

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มี 6 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้โรคเรื้อน (OR= 1.97, 95%CI= 1.08 - 3.61, p-value= 0.03) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (OR= 2.79, 95%CI= 1.10 - 5.24, p-value < 0.01) ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (OR= 2.47, 95%CI= 1.10 - 5.54, p-value= 0.03) ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (OR= 4.08, 95%CI= 1.86 - 8.93, p-value < 0.01) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (OR= 3.37, 95%CI= 1.53 - 7.44, p-value < 0.01) และด้านการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (OR= 2.50, 95%CI= 4.14 - 6.03, p-value= 0.04) ดังรายละเอียดตามตาราง 2

เมื่อนำตัวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) จากวิธี Binary logistic regression analysis จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยวิธีถดถอยพหุลอจิสติก (Multivariate logistic regression) เข้าสู่สมการและด้วยการควบคุมตัวแปรเพศและความรู้โรคเรื้อน เข้าสู่สมการวิเคราะห์จนได้โมเดลสุดท้าย ดังรายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติกในโมเดลสุดท้าย (Multivariate logistic regression analysis)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน (n=176)		Odds ratio (aOR)	95% CI	p-value
	ดี	ไม่ดี			
ความรู้โรคเรื้อน					
สูง	52 (54.17)	44 (45.83)	1.89	1.03 - 3.48	0.03
ต่ำ	30 (37.50)	50 (62.50)			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน					
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ดี	59 (56.73)	45 (43.27)	2.64	1.40 - 4.97	<0.01
ไม่ดี	23 (31.94)	49 (68.06)			
ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ					
ดี	72 (54.55)	60 (45.45)	3.64	1.69 - 7.83	<0.01
ไม่ดี	10 (22.73)	34 (77.27)			
ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ					
ดี	72 (52.94)	64 (47.06)	3.04	1.41 - 6.55	<0.01
ไม่ดี	10 (25.00)	30 (75.00)			

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน โดย อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดีเป็น 1.89 เท่า ของ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนในระดับต่ำ (aOR= 1.89, 95%CI= 1.03 - 3.48) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อน พบว่า อสม. ที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับดีมีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดีเป็น 2.64 เท่าของ อสม ที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับไม่ดี (aOR= 2.64, 95%CI= 1.40 - 4.97) ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ พบว่า อสม.ที่มีการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ระดับดีมีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดีเป็น 3.64 เท่าของ อสม. ที่มีการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในระดับไม่ดี (aOR= 3.64, 95%CI= 1.69 - 7.83) และด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ พบว่า อสม. ที่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดีเป็น 3.04 เท่าของ อสม.ที่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพในระดับไม่ดี (aOR= 3.04, 95%CI= 1.41 - 6.55) ดังรายละเอียดตามตาราง 3

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนโดยรวม 6 ด้าน ผลการศึกษานี้พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อนโดยรวม 6 ด้าน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.91 อธิบายได้ว่า เนื่องจากในเขตสุขภาพที่ 11 อสม. เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในด้านสาธารณสุข เป็นกำลังหลักในการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน ประกอบกับมีโครงการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน โดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ของ อสม. มีการรณรงค์ในสัปดาห์ราชประชาสมาสัย มีการอบรมให้ความรู้โรคเรื้อนทุก ๆ ปี รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ส่งผลให้ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ประกอบกับปัจจุบันมีสื่อสมัยใหม่ เช่น อินเทอร์เน็ต สื่อโซเชียลต่าง ๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลที่ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่บุคคลหรือประชาชน มีระดับความสามารถในการค้นหา เข้าถึง ทำความเข้าใจ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีในการจัดการสุขภาพตนเองและเฝ้าระวังครอบครัว ชุมชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Visanuyothin, Chatanuluk, Saengsuwan,

Rojanavarapong, & Pornchanya (2015) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและสูงกว่าประชาชนทั่วไป แต่ถึงแม้ว่า อสม. จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีแต่ควรส่งเสริมนโยบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Ngasaengsai, Sornsiyon, & Pattharabenjaphon (2014) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Tachavijitjaru, Srisupornkornkul, & Changtej (2018) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

2. พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ผลการศึกษานี้พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.41 เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคทางผิวหนังและโรคทางระบบภูมิคุ้มกันจัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่พบและติดต่อเฉพาะในคน โดยทั่วไปโรคเรื้อนมักเกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลายและท่อทางเดินหายใจส่วนบน ประกอบกับการดำเนินของโรคเรื้อนนั้นเป็นไปอย่างช้ามากขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล ซึ่งระยะระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อจนปรากฏอาการใช้เวลาประมาณ 3 - 5 ปี ในผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากใช้ระยะเวลา 8 – 12 ปี กว่าจะปรากฏอาการให้เห็นทางร่างกาย (Rajapracha Samasai Institute, 2013) ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคเรื้อน ถ้าหากไม่มีการปฏิบัติการป้องกันตนเองจากโรคเรื้อนที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสหปัจจัย PRECEDE framework (Green, & Kreuter, 1992) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล และการศึกษาของ Santhikarn, Tongsamsi, & Tansakun (2019) ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรู้เรื่องโรคเรื้อนและเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเรื้อนไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้โรคเรื้อนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.55 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนอยู่ในระดับสูง แต่ไม่ได้นำความรู้มาปรับใช้ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนอยู่ในระดับไม่ดี

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ได้แก่ ความรู้โรคเรื้อน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน กล่าวคือ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดีเป็น 1.89 เท่าของ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนระดับต่ำ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, 1990) เชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยพื้นฐานปัจจัยหนึ่ง ที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dee-Mak, (2004) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนของประชาชน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเรื้อน รายได้ ทัศนคติต่อโรคเรื้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Santhikarn, Tongsamsi, & Tansakun (2019) ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคเรื้อนไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อนของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน อธิบายได้ว่า ในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อนของเขตสุขภาพที่ 11 ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและภัยสุขภาพต่าง ๆ การเฝ้าระวังโรค การป้องกันควบคุมโรคต่าง ๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ปัจจุบันมีสื่อและช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านโรคเรื้อนมีมากขึ้น เช่น You tube, E-learning, โครงการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ของ อสม. เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Darun & Khunpijan (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า องค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเองการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำถึงปานกลางกับบางผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส โดยเฉพาะพฤติกรรม 3อ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thianthavorn & Chitiang (2021) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในการศึกษานี้ที่พบว่า อสม. ที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดี เป็น 2.64 เท่าของ อสม.ที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับไม่ดี

การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ เป็นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน อธิบายได้ว่า การที่ อสม. จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนนั้น อาจเกิดจากความคิดในการเลือกวิธีปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้ข้อมูล คำตอบที่ได้ จากการซักถามจากบุคลากรทางสาธารณสุขหรือข่าวสารที่ได้รับ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลถึงวิธีการป้องกันติดเชื้อโรคเรื้อน เพื่อนำมาปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเรื้อน จนสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองและเฝ้าระวังโรคเรื้อนในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongoiam (2016) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกเหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีค้นคว้า สอบถามและหาข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองจนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยในการศึกษานี้ อสม. ที่มีการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดี เป็น 3.64 เท่าของ อสม. ที่มีการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในระดับไม่ดี

การตัดสินใจด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน อธิบายได้ว่า การที่ อสม. จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนนั้น จะใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนได้อย่างเหมาะสมและสามารถเสนอทางเลือกจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา Chotikawanitchakul, Pensuk, Nachairittiwong, & Unaratt, (2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ด้านการตอบโต้การซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในการศึกษานี้ อสม. ที่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพระดับดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนดี เป็น 3.04 เท่าของ อสม. ที่มีการตัดสินใจด้านสุขภาพในระดับไม่ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยพบว่า อสม. มีความรู้โรคเรื้อนในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ควรอบรมฟื้นฟูความรู้โรคเรื้อนให้ อสม. โดยเน้นความรู้ในเรื่องการคัดกรองและการวินิจฉัยอาการเบื้องต้นของโรคเรื้อน เพื่อให้สามารถตรวจคัดกรองอาการเบื้องต้น ให้คำแนะนำ และส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสมเมื่อพบผู้สงสัยโรคเรื้อนในชุมชนได้

2. หน่วยงานรัฐควรพัฒนาสื่อต่าง ๆ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านโรคเรื้อนแก่ อสม. ได้เข้าถึงได้ง่ายและหลากหลายขึ้น เช่น YouTube, E-learning ตัวอย่างหนัง (Teaser trailer) ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) เป็นต้น

3. จัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนให้แก่ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน โดยเน้นทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองและเฝ้าระวังโรคเรื้อนในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้โดยใช้กรอบแนวคิดอื่น ๆ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อจะเป็นข้อมูลวางแผนส่งเสริมให้ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนได้ดีขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

References

Becker, M. H. (1990). *Theoretical model of adherence and strategies for improvingadherence,* In Shumaker, S. A., Schron, E. B., & Ockene, J. K. (Eds.). The hand book of health behavior change. New York: Springer Publishing.

Chotikawanitchakul, O., Pensuk, P., Nachairittiwong, S., & Unaratt, A. (2021). Health literacy and liver fluke prevention behaviors among secondary students in the secondary educational service area office region 9. *Department of Health Service Support Journal, 17*(1), 35-44.

Darun, P. & Khunpijan, N. (2016). Factors affecting health literacy and health behavior outcomes of working-age population in Porncharoen district, Bueng Kan province. *Development of Communicable Disease Control Unit at District Level of Health Region 9, 22*(1), 14-24.

Dee-mak, N. (2004). *Factors related to leprosy prevention and control behaviors of people in Sampaniang subdistrict, Ban Phraek district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province.* Master of science program in health education. (in Thai)

Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1992). CDC's planned approach to community health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education, 23*(3), 140-147.

Health Education Division. (2019). *Health education program for promoting health literacy: community tuberculosis prevention for community health volunteers and people of working age.* Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607- 610.

Ngasaengsai, P., Sornsiyon, P., & Pattharabenjaphon, S. (2014). A case study of health literacy of village health volunteers. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences, 9*(Supplement), 82-87.

Noordeen, S. K. (1995). Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. *Bulletin of the World Health Organization, 73*(1), 1-6.

Office of Disease Prevention and Control, Region 11. (2020). *Summary of the leprosy control performance report for the fiscal year 2020.* Region 11. (in Thai)

Rajapracha Samasai Institute, Department of Disease Control. (2013). *Guidelines for screening of leprosy.* Printing House of the National Bureau of Buddhism. (in Thai)

Rajapracha Samasai Institute, Department of Disease Control. (2021). *Situation of leprosy in Thailand in 2021.* Retrieved May 16, 2022, from http://www.thaileprosy.ddc.moph.

Sales, A. M., Leon, A. P. D., Duppre, N. C., Hacker, M. A., Nery, J. A. C., Sarno, E. N., et al. (2011). Leprosy among patient contacts: a multilevel study of risk factors. *PLOS Neglected Tropical Disease, 5*(3), 1-6.

Santhikarn, P., Tongsamsi, I., & Tansakun, K. (2019). Self protective behavior of leprosy family members in Narathiwat province. *Princess of Naradhiwas Vniversity Journal, 11*(3), 29-40.

Sueamak, P. (2011). Factors related to surveillance, prevention, and control avian influenza among village health volunteers in Muang district, Suratthani province. *Journal of Yala Rajabhat University, 6*(2), 150-60.

Tachavijitjaru, C., Srisuphonkornkun, A., & Changtet, S. (2018). Selected factors related to health intelligence of village health volunteers. *Journal of the Royal Thai Army Nurses, 19*(Supplement), 320-32.

Techaumuauywit, A. (2009). *Self-care and factors related to self-care of older persons with leprosy.* Master of nursing science thesis in gerontological nursing, graduated school, Khon Kaen University. (in Thai)

Thianthavorn, V. & Chitiang, N. (2021). Relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among university students. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 4*(2), 126-137.

Thongoiam, Y. (2016). Health status, health literacy and health behavior in eating and exercise of national housing authority in Bangkapi district, to attend 3 steps healthy NHA 2015 project. *Journal of Department of Health Service Support. 2*(1), 38-45.

Visanuyothin, S., Chatanuluk, C., Saengsuwan, S., Rojanavarapong, A., & Pornchanya, P. (2015). Health literacy of village health volunteer in Municipalitiy, Nakhonratchasima, Thailand. *Journal of Public Health and Development, 13*(1), 37-54.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/index โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และและบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน– ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ เนื้อหาและรายการอ้างอิงรวมกันไม่ควรเกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วย**ตัวหนา**ไว้หน้าแรก**ตรงกลาง** ขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์**ตรงกลาง** ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1. .....
1.1 .....
1.1.1 .....
1.1.1.1 .....
1) .....
1.1) .....
- .....

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)

- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- นิยามศัพท์ (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
    - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
    - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
    - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
    - การเก็บรวบรวมข้อมูล
    - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of nursing students in Boromarajonani College of Nursing,* Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education.* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development. (2013). *Collection of academic performance in humanized service mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A." *Basic nursing challenge.* (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเตอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The new face of nursing: expanding patient advocacy with leadership, creativity, and vision.* Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from https://magazine.nursing.jhu.edu/

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, *201*(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators development of nursing students's identities in nursing colleges, Ministry of Public Health.* A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of education degree in educational administration faculty of education and liberal arts, Hatyai University. (in Thai)

7. รายงานการวิจัย

Chitnomrath, T. (2011). *A Study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand* (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University. (in Thai)

8. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

Jankingthong, K. (2019, July 12-13). Confirmatory factor analysis of organizational citizenship behavior of personnel in Southern Border Provinces Administrative Center (SBPAC). In *The 10th Hatyai national and international conference.* Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Template บทความวิจัย

3.17 ซม. 2.54 ซม. 2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14[1,*] (หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข และ *)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

[1]สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา) (ผู้แต่งสังกัดสถานที่เดียวกันไม่ต้องใส่เลข และ *)

[1]สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ[1*] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนาบทคัดย่อไม่เกิน1 หน้า

(ย่อหน้าที่ 1) ประกอบไปด้วย งานวิจัยแบบไหน วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....

.....

.....

.....

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ

.....

.....

.....

.....

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์จากงานวิจัย.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่ *)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาเหมือนบทคัดย่อภาษาไทย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น

ภาพ 1 (หนา) .....(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)** หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)** หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)** หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)** หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)** หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1 .....ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ระบุทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	25	20.00
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	75	75.00

ที่มา: (ถ้ามี)

(อธิบายใต้ตาราง)ให้ผู้เขียนจำเสนอผลจากตารางให้น่าสนใจ เช่น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เป็น 3 เท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 75.00)

.....

.....

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2 .....ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

จากตาราง 2 พบว่า.....

.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล(ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

(enter ขนาด 15)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หนา)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing,Songkhla.* Songkhla: Boromarajonani Collegeof Nursing, Songkhla. (in Thai)

การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ช

Template บทความวิชาการ

3.17 ซม. 2.54 ซม. 2.54ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14[1,*](หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข และ *)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

[1]สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา) (ผู้แต่งสังกัดสถานที่เดียวกันไม่ต้องใส่เลข และ *)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ:หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่ *)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords:ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หนา) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

หน้า ค .....

.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หนา)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing,Songkhla.* Songkhla: Boromarajonani Collegeof Nursing, Songkhla. (in Thai)

(การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ช)

สอบถามข้อมูล

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่
ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ (บรรณาธิการ)
สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000
Tel. 093-6356351 E-mail: Rphalasuek@gmail.com

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช