กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

วารสารสุขภาพภาคประชาชน

Primary Health Care Division Journal

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3
ประจำเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2563
ISSN : 1905-2782

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงค์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ประภาส จิตตาศิรินุวัติ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน)
นายแพทย์อัครพล คุรุศาสตรา	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน

บรรณาธิการ

นายนัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กองบรรณาธิการและคณะทำงานพิจารณากลั่นกรองบทความวิชาการและงานวิจัย

ประธานภาคประชาชน

นายนัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะทำงาน

นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
รศ.นพรัตน์ รุ่งอุทัยศิริ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายธิปัตย์ โสตถิวรรณ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
นางสาวไพลิน แสงกระจ่าง	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
นางวีณาพร สำอางศรี	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
นายนิตินันท์ พันทวี	สำนักกฎหมาย
นางสาวชุติมา สัจกุล	ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ
นายวิชิต พุ่มจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
นางจีรวรรณ หัสโรค์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะทำงานและเลขานุการ

นางสาวสุธาทิพย์ จันทรักษ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

นายเจษฎา ผาผง	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางสาวรตี สงวนรัตน์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นายอำพล มุ่งคิด	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

ผลิตโดย : กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
www.phc.go.th

บทรรณาธิการ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในช่วงต้นสหัสวรรษนี้ ขณะนี้โลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุไปแล้ว จากข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ณ ปี 2562 ระบุว่า ขณะนี้ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย เพราะมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 17 และภายในอีก 3 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 อีกทั้งจะมีผู้สูงอายุวัย 70 ปีขึ้นไปถึง 4.6 ล้านคน ขณะที่สถานการณ์ในสังคมผู้สูงอายุของโลกได้พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยมีตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคน ในปี 2015 เป็น 2,000 ล้านคน ในปี 2050 จากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด

ดังนั้น การดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สูงวัยอย่างมีคุณค่า จึงเป็นเรื่องที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ การมีอายุยืนยาว ไม่ได้เป็นเป้าหมายที่แท้จริง หากแต่เป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนภายใต้สุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ตามวัย สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพในสังคม ไม่ตกเป็นภาระแก่ลูกหลาน ขณะเดียวกัน ต้องทำให้คนในสังคมโดยเฉพาะสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมีความตระหนักถึงการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงวัยให้มีความสุข รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีและเหมาะสม ทั้งนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกลุ่มพัฒนาวิชาการและนวัตกรรม กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่อง การสังเคราะห์องค์ความรู้ผ่านกระบวนการวิจัย ขยายผลสู่พื้นที่อื่นในวงกว้างและการจัดทำข้อเสนอการปรับรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในเชิงนโยบาย ดังรายละเอียดที่นำเสนอในวารสารสุขภาพภาคประชาชนฉบับนี้

บรรณาธิการ

สารบัญ

3 **เรื่องจากปก**

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

7 **งานวิจัย**

7 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (จรรวมล แพ่งโยธา / ยุวดี วิทยพันธ์)

22 ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแล ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (ฉันทนา ณ นคร / จารึก ธานีรัตน์)

37 ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ XDR Acinetobacter baumannii และ Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (สุภาณี ชูชาติ / พีระพัชร ไทยสยาม)

50 การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติก่อนและหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง (สุนันทา เพชรสังข์)

67 การพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพเพื่อการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครนายก (สุวัจน์ บุญยืน)

80 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (ปราณี พระโรจน์)

91 ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด (สุภา สรรพานิช)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แบบไร้รอยต่อ

สถาบันครอบครัว นับว่าเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ หน้าที่ส่วนใหญ่จะเป็นของสมาชิกในครอบครัวหรือที่เรียกว่าญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) แต่ในปัจจุบันสมาชิกส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเป็นการดูแลกันเองของคู่สามี ภรรยา การดูแลของบุตรที่มีเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ซึ่งต้องเผชิญกับความสูงวัยของตนเองและรับภาระดูแลบุคคลในครอบครัว ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โดยกลุ่มพัฒนาวิชาการและนวัตกรรม ได้จัดทำ**โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ** เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการในระดับชุมชนสำหรับพื้นที่นำร่อง 6 จังหวัด ได้แก่ **ลพบุรี สระบุรี เพชรบูรณ์ นครราชสีมา ระยอง และตรัง** โดยอาศัยแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า เป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินการ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ

1.การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่อง

2.การสังเคราะห์องค์ความรู้ผ่านกระบวนการศึกษาวิจัย

3.การขยายผลสู่พื้นที่อื่นในวงกว้าง

4. การจัดทำข้อเสนอการปรับรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในเชิงนโยบาย

สำหรับการศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่เป้าหมาย เป็นการคัดกรองสภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย เพื่อสำรวจสถานการณ์ของการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการดำเนินการของ อสม.และทีมงานตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาไปใช้ประกอบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในส่วนของภาคประชาชนและพื้นที่ และเพื่อจัดทำข้อเสนอในเชิงนโยบายต่อการปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

เปิดใจผู้บริหาร กับ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี
และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

“ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยวัฒนธรรมของไทย ผู้สูงอายุถือเป็นผู้มีพระคุณ ลูกหลานต้องตอบแทนด้วยการใส่ใจ ดูแล ให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ทั้งยา เวชภัณฑ์ และระบบบริการที่ดี โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ตามวัย เพื่อให้อยู่กับลูกหลานได้อย่างยืนยาว และพร้อมสนับสนุนทุกนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้สังคมสูงวัยของประเทศไทยมีความเข้มแข็ง

ความโชคดีของประเทศไทยและระบบการสาธารณสุขไทย คือ การที่เรามีพี่น้อง อสม. หรืออาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ เป็นอาสาสมัครที่ค้ำยันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยให้มีความมั่นคง ปัจจุบันมีจำนวนกว่า 1,050,000 คน โดยเฉพาะในระดับชุมชน ซึ่งในกลุ่ม อสม. มีทุกกลุ่มวัยตั้งแต่วัยทำงาน ไปจนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลเป็นอย่างดีเช่นเดียวกัน และจะทำให้สังคมสูงอายุของประเทศไทยมีคุณภาพ ทำให้ภาพรวมของประเทศประชาชนมีความเข้มแข็งในทุกมิติ ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นเรื่องที่เราทุกคนต้องร่วมมือกัน”

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ
รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

“ การเข้าสูงสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย สิ่งที่อยากเห็นคือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจุดแข็งของสังคมไทยโดยเฉพาะในชุมชน คือ การดูแลใส่ใจผู้สูงวัยของคนในครอบครัว และอยากเห็นผู้สูงอายุของไทยมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ทั้ง อาหาร การออกกำลังกาย การฝึกสมองโดยให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมเพื่อฝึกสมองกับกลุ่มหรือชมรม มีสถานฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่น ในบางพื้นที่อาจจะมีสถานที่พักฟื้นคนชราโดยการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการกระจายอำนาจ

ประเทศไทย มีพี่น้อง อสม.อยู่กว่า 1,050,000 คนทั่วประเทศ เราจะให้ อสม.เป็นแกนนำการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการดูแลผู้สูงวัยมากขึ้น ในฐานะ Caregiver นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้ว กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีการพัฒนาศักยภาพให้ อสม.มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน อสม.ที่เป็นผู้สูงอายุเอง ปัจจุบันนับว่ามีการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี และยังสามารถดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันในชุมชน นับว่าเป็นเรื่องที่น่ายินดีสำหรับการพึ่งตนเองด้านสุขภาพในชุมชน ”

นายชวน หลีกภัย
ประธานรัฐสภาและประธานสภาผู้แทนราษฎร

> *“...เราควรทำให้การออกกำลังกาย
> เป็นเหมือนการอาบน้ำ แปรงฟัน
> คือ เป็นกิจวัตรประจำวัน
> วันไหนไม่ได้ทำจะรู้สึกอึดอัด...”*

ในฐานะผู้สูงอายุคนหนึ่ง ผมเชื่อในคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพอนามัย และคอยศึกษาตนเองว่าควรจะใช้วิธีดูแลสุขภาพอย่างไร เช่น การออกกำลังกาย เพราะคนเราเมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะเสื่อมถอยไปตามวัย จึงต้องปรับวิถีการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม มองโลกในความเป็นจริง ไม่มองโลกด้วยความเพ้อฝัน ทั้งนี้ สมอง ถือเป็นอวัยวะที่เสื่อมลงตามอายุ แต่จะทำอย่างไรไม่ให้เสื่อมเร็ว โดยส่วนตัวผมดูแลทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย เราควรทำให้การออกกำลังกายเป็นเหมือนการอาบน้ำ แปรงฟัน คือ เป็นกิจวัตรประจำวัน วันไหนไม่ได้ทำจะรู้สึกอึดอัด เพื่อให้ร่างกายคงสภาพได้นานที่สุด

การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีมายาวนาน ผมเองมีความภูมิใจที่ได้เป็นผู้ริเริ่มการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 200 บาท เป็น 300 บาท และเพิ่มขึ้นโดยลำดับจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในวันนี้ดีกว่าเดิมมาก เด็กที่เราให้ดื่มนมในวันนี้ อนาคตจะเป็นผู้สูงอายุที่มีกระดูกแข็งแรง รวมถึงการออมของคนเราที่เป็นนโยบายภาครัฐที่ต้องให้ความสำคัญ ให้คนเริ่มออมตั้งแต่อายุยังน้อย เพื่อในอนาคตจะได้ก้าวสู่วัยสูงอายุอย่างมีหลักประกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ อสม. ควรนำเรื่องเหล่านี้ไปสู่คนในชุมชนให้ปฏิบัติเป็นวิถีชีวิตปกติของคนในชุมชน และสิ่งที่ผมอยากเห็นในสังคมสูงวัยไม่ใช่การมีอายุยืนยาวเป็นร้อยปี แต่อยากเห็นร่างกายที่มีประสิทธิภาพไม่ว่าจะอายุมากขึ้นเท่าใดก็ตาม มีสมอง มีจิตใจที่ดี ยังสามารถทำงานได้อย่างเหมาะสมตามวัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

THE EFFECT OF SELF – CARE PROMOTING PROGRAM ON SELF – CARE BEHAVIORS AMONG PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY AT MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL

จรรวมล แพ่งโยธา ยุวดี วิทยพันธ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2563 จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ independent t- test และ Paired T-Test

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 160.72, SD=4.49) พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมฯ (160.72 ± 4.49 VS 70.36 ± 6.86) นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (160.72 ± 4.49 VS 71.96 ± 7.32)

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช*

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

สรุปและข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเมื่อได้ร่วมเรียนรู้ วิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยง เข้าใจการรักษาและพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนอย่างเคร่งครัด มีคู่มือ/ข้อมูลประจำตัวที่สามารถทบทวนความรู้ต่างๆได้ รวมทั้งการติดตาม ย้ำเตือน ทำให้ตระหนัก มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยทุกราย พัฒนาระบบการพยาบาลให้พยาบาลมีบทบาท ส่งเสริม ให้คำแนะนำ สอนแนะผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และติดตาม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง การขยายหลอดเลือดหัวใจ

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to evaluate the self –care behaviors of self care promoting program for patients with after Percutaneous Transluminal Coronary Angiography by comparison outcome, self –care behaviors in the experimental group and the control group.

The sample consisted of the fifty patients who were after Percutaneous Transluminal Coronary Angiography and they were admitted in Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital. The sample was divided equally into the experimental group and the control group. Before using program ,Routine care was provided for the control group; while the self care promoting program for the patients with was arranged for the experimental group. Research instruments were used to collect data as follows: (1) the self care promoting program for the patients who underwent including (2) two data record forms: personal data and health status, (3) Self-care behaviors questionnaires. Content validity was verified by Three experts. The reliability of the self care promoting questionnaires was 0.97. Data were analyzed by descriptive statistics, Independent t-test, and Paired T Test .

The results of the study were as follows. (1) The self care behaviors who were cared for in the program rated their at a high level. ($\overline{X}$ = 160.72, SD=4.49) (2) The Self care behaviors of the patients in the experimental group were significantly more than those in the control group (p < 0.05). (160.72 ± 4.49 VS 70.36 ± 6.86) Finally (3) There was significant difference in groupๆ (160.72 ± 4.49 VS 71.96 ± 7.32)

Key words: Self care promoting program, Patients with after Percutaneous Transluminal Coronary Angiography

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (Luepker RV.,Evans A., McKeique P.,Reddy KS. 2004) สำหรับประเทศไทย พบอัตราเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของสาเหตุเสียชีวิตทั้งหมดและแนวโน้มสูงขึ้น จากปี 2550 ร้อยละ 20.8 เพิ่มเป็น ร้อยละ 23.4 ในปี 2555 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2556) สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จังหวัดนครศรีธรรมราชปี 2560 -2561 อัตราตายต่อแสนประชาการเท่ากับ 41.11 และ 38.01 สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อัตราเสียชีวิตของโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 14.53 และ 12.49 (เวชสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2562) ส่วนใหญ่สาเหตุจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการตีบแคบหรืออุดตันของก้อนเลือด ปัจจุบันมีการรักษาด้วยการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ ใส่ขดลวดในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและ เรื้อรังช่วยลด ความเสี่ยงและอัตราตาย แต่ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการดังกล่าวและก็อาจกลับเป็นซ้ำ หรือตีบซ้ำได้ (Eagle,K. A.,et al , 2004) หากไม่ลดพฤติกรรมเสี่ยง พบมากที่สุดในช่วง 3–6 เดือน (Serruys et al,1998 ; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2556) ในรพ.ราชวิถี ในปี 2557 พบร้อยละ 3.1 (อรทัย หุ่นดี, 2559) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบการเกิดตีบซ้ำ ปี 2560-2561 ร้อยละ 1.0 และ2.0 ปี 2562 เกิดการตีบตันในตำแหน่งใหม่ ร้อยละ 0.93 (เวชสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2562) มาตรฐานการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะไม่มีการตีบตันซ้ำ หรือเกิดการตีบใหม่ (เกรียงไกร เฮงรัศมีและกนกพร แจ่มสมบูรณ์, 2555) สาเหตุที่เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ได้แก่การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารมัน เค็ม มีไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ไม่กล้าออกกำลังกายและหยุดยาเอง (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553; นิตยา เพ็ญศิรินภา, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริม สอนแนะ ให้ความรู้ คำแนะนำจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (พรพิมล อ่ำพิจิตรและชนกพร จิตปัญญา,2552 ; กันยารัตน์ ลาสุธรรม และคณะ,2561)

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจที่มีความต่อเนื่องสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และต้องเรียนรู้ (Orem ,2001) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ ฝึกทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็น ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุ รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น (ภัทรสิริ พจมานพศ์ , จารุวรรณ กฤตย์ประชา และทิพมาศ ชิณวงศ์ ,2556 ;เอมอร แสงสิริและคณะ,2558 ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ,2562) เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จุฑาภรณ์ เพิ่มพูน และคณะ.2554 ; อรทัย หุ่นดี,2559 ; แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์., 2561)

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับยตติยภูมิเป็นศูนย์การรักษา เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในภาคใต้ตอนบน เขตบริการสุขภาพที่ 11 มีระบบการดูแล ที่ส่วนใหญ่เน้นการเข้าถึงที่รวดเร็ว ยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง คำแนะนำ การเน้นย้ำ เมื่อกลับบ้าน จึงพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม จึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมุ่งหวังว่าโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง เพื่อสามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (สมาคมแพทย์ มัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดหัวใจแห่งประเทศไทย,2562)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem ,2001) การดูแลตนเอง ที่กระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลใช้ระบบการพยาบาล ให้การช่วยเหลือ ให้ความรู้ใน (education support) ชี้แนะ แนะนำในการการดูแลตนเอง

ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง วิธีการรักษา
2. การให้ความรู้ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตัว/รับประทานยา , การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
3. ให้คู่มือการดูแลตนเอง บัตรประจำตัว
4. ติดตามให้คำแนะนำ ปรึกษา ทางโทรศัพท์

→

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านการปฏิบัติตัว/รับประทานยา
ด้านการบริโภคอาหาร
ด้านการออกกำลังกาย
ด้านการจัดการความเครียด/การพักผ่อน

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. สามารถนำข้อมูลผลจากการวิจัยเป็นแนวทางการพัฒนาวางแผนจำหน่ายได้ อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้ Program G*Power กำหนดให้ค่าระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 ค่าอำนาจทดสอบ ที่ระดับ 0.8 ค่า Effect Size ขนาดใหญ่ (d=0.8) จากการคำนวณเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2 กลุ่ม (อรทัย หุ่นดี,2559) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 รวมเป็น 50 ราย เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 รายและกลุ่มทดลอง 25 ราย (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) โดยกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและได้รับการพยาบาลตามปกติรูปแบบเดิม และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คืออายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือ เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่าง รวดเร็วหรืออยู่ในภาวะวิกฤติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน และ ย้ายที่อยู่และไม่สามารถติดต่อได้หลังจำหน่าย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงดำเนินการและเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี การดูแลตนเอง เอกสาร ตำราวารสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) แผนการให้ความรู้ เกี่ยวกับกับโรค ปัจจัยเสี่ยง การรักษา การขยายหลอดเลือดหัวใจ และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัว/รับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด/การพักผ่อน 2) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3) บัตรประจำตัวผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 -2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติบุคคลในครอบครัว และการสูบบุหรี่ และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย โรคประจำตัว การวินิจฉัย ผลการฉีดสี

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัว/รับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด/พักผ่อน ข้อความ/ข้อคำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้งและไม่เคยปฏิบัติ เป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบทั้งหมดด้านละ10 ข้อ รวมจำนวน 40 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันและนำมาคำนวณเป็นร้อยละ ใช้เกณฑ์การแบ่ง 3 ระดับ (Bloom,1979) ได้แก่คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง คะแนน ร้อยละ 60 -79 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนต่ำกว่าร้อยละ60 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Validity ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจ และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำหลังจากนั้น นำโปรแกรมฯไปให้ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 3 รายเพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ขนาดตัวหนังสือมาปรับภาษาให้เข้าใจง่ายก่อนนำไปใช้ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.98

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ กับกลุ่มผู้ป่วย ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน นำมาทดสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach’s Alpha Coefficient ทดสอบความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนอย่างครบถ้วน ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน โดยการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 วัน และได้รับการพยาบาลตามปกติ จนจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองครั้งที่ 2 หลังจำหน่าย 1 เดือน

สำหรับกลุ่มทดลอง บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และสัมภาษณ์เมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 วัน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคล พร้อมให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ตามแผนการสอนที่สร้างขึ้น เป็นภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 - 45 นาที เปิดโอกาสซักถาม ให้บัตรประจำตัว และคู่มือการดูแลตนเอง ติดตามหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 ให้คำแนะนำ กระตุ้น ย้ำเตือน การปฏิบัติตัว/พฤติกรรม และติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ครั้งที่ 2 หลังจำหน่าย 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และประวัติการเจ็บป่วย/การรักษาโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired *t*-test) ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อมูลทั่วไปที่มีลักษณะเหมือนกัน ทั้งสองกลุ่ม คือส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป ซึ่งอายุเฉลี่ยกลุ่มทดลอง เท่ากับ 55.96 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 55.84 ส่วนใหญ่จะมีลักษณะใกล้เคียงกันเป็นเพศ สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกรรม การศึกษา ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.095	.758
ชาย	18	72.0	17	68.0		
หญิง	7	28.0	8	32.0		
อายุ					.343	.952
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	6	24.0	6	24.0		
51 – 60 ปี	10	40.0	10	40.0		
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	9	36.0	9	36.0		
	($\overline{X}$ = 55.96, SD=10.92)		($\overline{X}$ = 55.84, SD=12.19)			
สถานภาพสมรส					1.020	.312
สมรส	25	100.0	24	96.0		
โสด / หม้าย/หย่า	0	0.0	1	4.0		
ศาสนา					.758	.384
พุทธ	21	84.0	23	92.8		
อิสลาม	4	16.0	2	8.0		
การศึกษา					3.316	.191
ไม่ได้ศึกษา	0	0.0	3	12.0		
ประถมศึกษา / มัธยม	25	100.0	22	64.0		
อาชีพ					2.762	.598
เกษตรกรรม	16	64.0	14	56.0		
รับจ้าง /ค้าขาย	5	20.0	7	28.0		
งานบ้าน	4	16.0	4	16.0		
สิทธิการรักษา					.758	.685
รับราชการ / ประกันสังคม	2	8.0	4	16.0		
บัตรประกันสุขภาพ	23	92.0	21	84.0		
ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ					3.191	.074
ไม่มี	22	88.0	25	100		
มี	3	12.0	0	0.0		
ประวัติสูบบุหรี่					2.389	.303
ไม่สูบ	8	32.0	10	40.0		
ปัจจุบันยังสูบ/เคยสูบปัจจุบันเลิกแล้ว	17	68.0	15	60.0		

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.0 และ 64.0) เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.02 และ 76.0) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 44 และ48.0) ได้รับการวินิจฉัยเป็น STEMI (ร้อยละ 48.0 และ 52.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง					.085	.771
ไม่มี	15	60.0	16	64.0		
มี	10	40.0	9	36.0		
โรคประจำตัวเบาหวาน					.104	.747
ไม่มี	18	72.0	19	76.0		
มี	7	28.0	6	24.0		
โรคประจำตัวไขมันในเลือดสูง					.081	.777
ไม่มี	11	44.0	12	48.0		
มี	14	56.0	13	52.0		
การวินิจฉัยแรกรับ					.107	.948
STEMI	12	48.0	13	52.0		
NSTEMI	8	32.0	7	28.0		
IHD	5	20.0	5	20.0		
ผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ					2.267	.322
Single vessel disease	14	56.0	10	40.0		
Double vessel disease	8	32.0	8	32.0		
Triple vessel disease	3	12.0	7	28.0		

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (X =160.72 ,SD =4.49 หรือเท่ากับร้อยละ 80.36) ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ (X=70.36,SD =7.24 หรือร้อยละ 35.18) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	%	ระดับพฤติกรรม
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	68.28	6.86	34.14	ต่ำ
หลังการทดลอง	70.36	7.24	35.18	ต่ำ
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	71.96	7.32	35.98	ต่ำ
หลังการทดลอง	160.72	4.49	80.36	สูง

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (160.72 ± 4.49 VS 70.36 ± 6.86) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent T – test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 25)	71.96	7.32	58	.797	.429
กลุ่มควบคุม (n = 25)	68.28	7.24			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 25)	160.72	4.49	58	54.188	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 25)	70.36	6.86			

P < .05

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (160.72 ± 4.49 VS 71.96 ± 7.32) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired - Sample T - test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุมทดลอง ก่อนการทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังไม่แตกต่างต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	71.96	7.32	29	58.515	.000*
หลังการทดลอง	160.72	4.26			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	68.28	7.24	29	.285	.777
หลังการทดลอง	70.36	6.86			

P < .05

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (160.72 ± 4.49 VS 70.36 ± 6.86) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เช่นกันฯ (160.72 ± 4.49 VS 71.96 ± 7.32) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553 ; อรทัย หุ่นดี,2559 ; แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์., 2561) เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในครั้งนี้ เป็นการสอนแนะ ให้ความรู้ ที่ครอบคลุมทั้งพยาธิสภาพของโรค อาการ การรักษา (ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร, 2553 ; ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2556) และการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้านที่สำคัญหลังขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552) มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ป่วยและ

ครอบครัว ร่วมวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ของผู้ป่วยแต่ละราย พบว่าทุกรายอายุมากกว่า 35 ปี (อายุเฉลี่ย 55.96) สูบบุหรี่/เคยสูบ ร้อยละ 60 และมีประวัติโรคประจำตัว ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.0) เบาหวาน (ร้อยละ 72.0) และ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ56.0) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสที่กลับเป็นซ้ำ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI (ร้อยละ 48.0) ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่รวดเร็วและปลอดภัย (Borja L,Stefan I.er al .,2017; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) หลังจากได้รับการรักษาโดยการขยายด้วยบอลลูนและขดลวดแล้ว จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ให้เกิดการตีบซ้ำหรือเป็นเพิ่มของเส้นเลือดหัวใจเส้นใหม่ (จุฑาภรณ์ เพิ่มพูน และคณะ.2554; กันยารัตน์ ลาสุธรรม และคณะ,2561; สมาคมมัณฑนากรโรคหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย,2562)

เมื่อผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของตนเองที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบและการรักษาที่ได้รับแล้ว จึงสนใจที่จะเรียนรู้ ซักถาม และนำไปปฏิบัติในแต่ละด้านอย่างเหมาะสม ได้แก่ การปฏิบัติตัว/การรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด/พักผ่อน (ปาริชาติ คงเสือ ,ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุมและนรลักขณ์ เอื้อกิจ. , 2557) นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ สาเหตุดังกล่าว จะร่วมมือกระตุ้น ตักเตือนให้กำลังใจผู้ป่วย เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่อง (พรพิมล อ่ำพิจิตรและชนกพร จิตปัญญา,2552) รวมทั้งมีสื่อการสอน คู่มือการดูแลตนเองที่สามารถศึกษาทบทวนด้วยตัวเองได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ดวงกมล วัตราดุลและคณะ ,2553)

สรุป

ผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีเมื่อได้ร่วมเรียนรู้กับทีมสุขภาพ วิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และรับรู้การรักษาและพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนอย่างเคร่งครัดเมื่อกลับบ้าน มีคู่มือ/ข้อมูลประจำตัวที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถทบทวนความรู้ต่างๆได้ รวมทั้งการติดตาม กระตุ้น ย้ำเตือน ทำให้ตระหนัก มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองไปใช้ดูแลผู้ป่วย เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เน้นย้ำ และให้กำลังใจ

2. จัดทำสื่อการสอน คู่มือการดูแลตนเอง ที่เป็นรูปแบบเดียวครอบคลุมร่วมกับทีมสหสาขา เช่น เภสัชกร โภชนากร กายภาพบำบัด คลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อสะดวกในการทบทวนความรู้และการบันทึกข้อมูลต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1 ควรมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน

2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีทันสมัยและเครือข่าย (Social Network) หลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กันยารัตน์ ลาสุธรรม และคณะ.(2561) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือด.**Rama Nurs J•**24 (3) September-December:313-327

เกรียงไกร เฮงรัศมีและกนกพร แจ่มสมบูรณ์. (2555). **มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** กรุงเทพฯ: สุขขุมวิทการพิมพ์

แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน.**วารสารเกื้อการุณย์,**25(1),มค-มิย.

จิราภรณ์ นาสูงชน. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จุฑาภรณ์ เพิ่มพูน และคณะ. (2554) ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและการกลับมารักษาซ้ำ.วารสารพยาบาลศาสตร์ , 29 (2) : 120-128.

ดวงกมล วัตราดุลและคณะ.(2553).ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**,21(1),31-44.

นิตยา เพ็ญศิรินภา. (2554). **การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.**กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย

ปาริชาติ คงเสือ ,ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุมและนรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ .**วารสารเกื้อการุณย์** .21 (พิเศษ):ธค168-185

ผ่องพรรณ แสงอรุณ. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.**ขอนแก่น.คลังนานา

พรพิมล อำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก,20(2),2-15.

ภัทรสิริ พจมานพศ์ , จารุวรรณ กฤตย์ประชา และทิพมาศ ชิณวงศ์ .(2556). **พฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ**. การประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4

เวชสถิติ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช .(2562) . **ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด** . โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2556). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI)** กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2557). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี 2557** . กรุงเทพมหานคร

สมาคมมัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย . (2562). **มาตรฐานและแนวทางการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ.**กรุงเทพมหานคร: สมาคมสมาคมมัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2553). **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด.**โรงพิมพ์สานักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.กรุงเทพฯ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560. [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2562] จาก http://bps2.moph.go.th/sites/default

เสาวนีย์ เนาวพาณิช. (2552). **คู่มือปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention).** งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อรทัย หุ่นดี . (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ, **วารสารกรมการแพทย์** , 41(4) , 118-126.

เอมอร แสงสิริและคณะ (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.**วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**. 26 (1) : มกราคม – มิถุนายน ,104-118.

Bloom BS.(1979).Toxonomy of Educational Objectives :Th Classificationof Educational Goals. **Handbook I Cognitive Domain**.USA: Longman Inc.

Borja L,Stefan I.er al .(2017). ECS Guideline for the management of acute myocardial Infraction in patients presening with ST-segment elevation: The Task Force For the management of acute myocardial Infraction in patients presening with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). **European heart Journal** .39 (20 January 2018 : 119- 177

Eagle,K. A.,et al. (2004).ACC/AHA guideline update for coronary artery bypass graft: surgry .Retrived December 10 , 2019 from American Heath Association web site ::http// cir.aha journals/org.

Luepker RV.,Evans A., McKeique P.,Reddy KS. (2004) Cardiovascular survey methods 3 rd ed. World Health Organization Organization.

Orem, D. E. (2001).**The Self-Care Deficit Nursing Theory**.Retrieved May 3, 2013 from http://nursingtheories.weebly.com/dorothea-e-orem.html

Serruys P.,et al. (1998). Indidence of restenosis after susessful coronary angioplasty A Time – related phenomena. A quanitative angiographic study in 342 consecutive patient at 1,2,3 and 4 month .**Ciculation** 77 :361-371.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ และความสามารถของผู้ดูแล ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Effects of Stroke Caring Program on Knowledge and Ability among Caregivers in Medical department of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

*ฉันทนา ณ นคร * จารึก ธานีรัตน์ ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแล ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.2561 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (ก่อนใช้โปรแกรมฯ) และกลุ่มทดลอง(หลังใช้โปรแกรมฯ) กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติคู่ (paired *t*-test) และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ **0.05**

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด มีความรู้ในการดูแลมากว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (22.33 ±4.09 VS 13.33 ± 4.42) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯผู้ดูแลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมี

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นกัน (22.33 ±4.09 VS 7.00 ± 3.37) 2) ความสามารถของผู้แลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (141.80 ±21.07 VS 86.46 ± 16.26) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (141.80 ±21.07 VS 86.00 ± 14.72)

สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ คำแนะนำ การคำปรึกษา การสอนแนะจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ที่จะนำไปปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : ความรู้และสามารถของผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to evaluate the effects of Stroke Caring Program by comparison outcome, on Knowledge and Ability among Caregivers between Caregivers in the experimental group and the control group.

The sample consisted of the sixty patients who were diagnosed stroke and they were admitted in medical department of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. The sample was divided equally into the experimental group and the control group. Before using program, Routine care was provided for the control group; while the Stroke Caring Program was arranged for the experimental group. Research instruments were used to collect data as follows: (1) the Stroke Caring Program (2) Data record forms of Patient and caregiver : personal data (3) Knowledge and Ability among Caregivers. Content validity was verified by three experts. The reliability of them was 0.80. Data were analyzed by descriptive statistics, Independent t-test, and Paired T Test.

The results of the study were as follows. (1) The Knowledge of among Caregivers in the experimental group were significantly more than those in the control group $p < 0.05$). (22.33 ±4.09 VS 13.33 ± 4.42) (2) The Ability among Caregivers There was significant significantly more than those in the control group $p < 0.05$).

Key words: Knowledge and Ability among Caregivers , Stroke Caring Program

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชากรโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ 10 อันดับแรกทั่วโลก (Thorvaldsen et al.,1995) มีรายงานการศึกษาที่เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิงและอันดับ 2 ในเพศชาย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสีย ปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง (สถาบันประสาทวิทยา, 2555) สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาระหว่างปี 2558-2560 (8 เดือน) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวน 1,938 2,025 และ 1562 รายตามลำดับและพบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 1 ต่อเนื่องทุกปี (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2560) ซึ่งจากแนวโน้มของอัตราการเกิดโรคและอัตราตายที่สูงขึ้นดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการพยาบาลที่มีการพัฒนาขึ้นส่งผลให้ การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับไปใช้ชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือตามมาเป็นส่วนใหญ่และมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี ทำให้เกิดความพิการรุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความผิดปกติของร่างกาย ความคิด สติปัญญา และสภาวะอารมณ์ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและเป็นกุญแจสำคัญคอยช่วยเหลือกระตุ้นและ สนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยมีการเตรียมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการ มีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องของผู้ป่วยแต่ละรายโดยดำเนินการตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี (นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ และคณะ, 2557 ; วาสนา มูลฐี และคณะ,2559) จากการทบทวนวรรณกรรม และเหตุผลดังกล่าวข้างต้น พบว่าการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ และการฝึกทักษะที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล เป็นวิธีการหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อย

ไม่ครอบคลุม และเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแล โดยคาดว่าการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

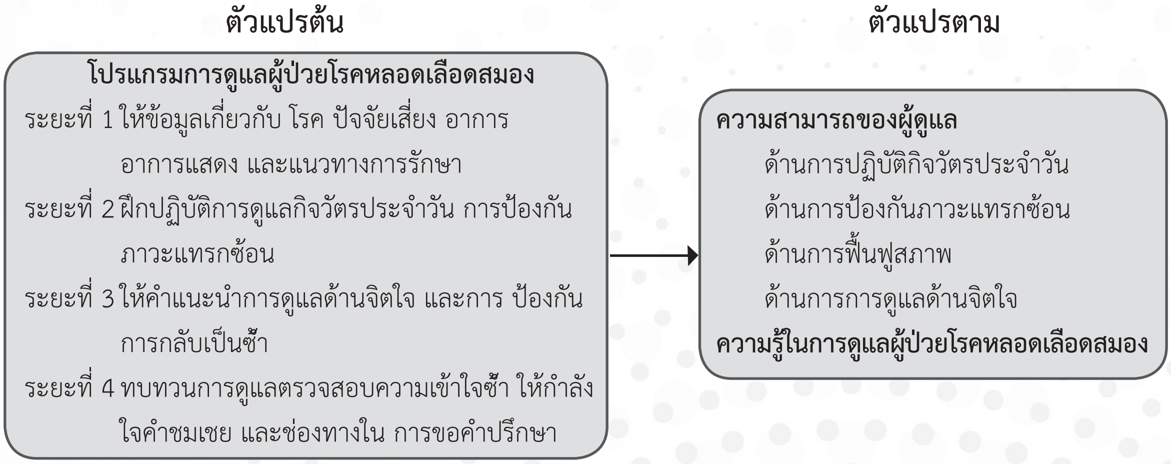
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการสอนแนะ ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สวรินทร์ หงส์สร้อย, วัลภา คุณทรงเกียรติและเขมาวดี สาสิงบุญ,2556; วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์, นิภา กิมสูงเนิน และ รัชนี นามจันทรา, 2559)



สมมติฐานการวิจัย

1.หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านด้านจิตใจ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น

2. นำข้อมูลจากผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแล ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2561 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ระดับความรู้สึกตัวโดยประเมินจากคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) เมื่อแรกรับมากกว่า หรือเท่ากับ 10 ไม่ใส่ท่อหายใจ 2) ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลันที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยกำหนดคุณสมบัติ เป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระหว่างการศึกษาและมีการเปลี่ยนผู้ดูแล หรือผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 80

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม (2554) พบว่ามีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .71 กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ15 จึงมีจำนวนตัวอย่าง 60ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกำหนดให้มีลักษณะใกล้เคียงด้วยการจับคู่ (matched pair) ดังต่อไปนี้ (1) เพศเดียวกัน (2) อายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี (3) การศึกษา ก่อนการทดลองในระดับเดียวกัน ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แผนการสอน สื่อ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ และวีดีโอ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ฯลฯ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยวาสนา มูลฐี และคณะ(2559) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการทำกิจกรรม ด้าน 1)การทำกิจวัตรประจำวัน มี 13 ข้อ 2)การป้องกันภาวะแทรกซ้อน มี 10 ข้อ 3) การฟื้นฟูสภาพ มี 5 ข้อ 4) การดูแลด้านจิตใจ มี 7 ข้อ รวม 35 ข้อ โดยคณะผู้วิจัยได้ดัดแปลงระดับคะแนนจาก 3 ระดับ (0 คือ ไม่ปฏิบัติ,1 คือ ปฏิบัติบางครั้ง,2 คือ ปฏิบัติทุกครั้ง) เป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 คือ ปฏิบัติได้น้อยมาก, 2 คือ ปฏิบัติได้น้อย 3 คือ ปฏิบัติได้ปานกลาง, 4 คือ ปฏิบัติได้มาก, 5 คือ ปฏิบัติได้มากที่สุด และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนคือ คะแนน 1-28 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลน้อยมาก คะแนน 29-56 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลน้อย คะแนน 57-84 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลปานกลาง คะแนน 85-112 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลมาก และคะแนน 113-140 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลมากที่สุด

2.3 แบบประเมินความรู้ในการการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ตอบผิด 0 ตอบถูกข้อละ 5 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผล5คะแนนคือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรู้ คะแนน 5-10 หมายถึง มีความรู้น้อย คะแนน 15 หมายถึง มีความรู้ปานกลาง คะแนน 20 หมายถึง มีความรู้มากและ คะแนน 25 หมายถึง มีความรู้มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย 1 ท่าน อายุรแพทย์โรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงโปรแกรมให้มีความชัดเจน และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงภายในของแบบสอบถาม(Internal consistency reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ ครอนบาค เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง **โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน** บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ โดยประเมินภายใน 24 ชั่วโมงแรก ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะตามปกติ และประเมินซ้ำในวันจำหน่าย

กลุ่มทดลอง บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินภายใน 24 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที ระยะที่ 1 ใน 1-2 วันแรกให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดง และแนวทางการรักษา ระยะที่ 2 ในวันที่ 2-3 ฝึกปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระยะที่ 3 ในวันที่ 3-4 ให้คำแนะนำการดูแลด้านจิตใจ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ระยะที่ 4 ในวันที่ 5-7 ทบทวนการดูแลตรวจสอบความเข้าใจซ้ำ ให้กำลังใจคำชมเชย และช่องทางในการขอคำปรึกษา และประเมินระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วันที่จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติคู่(paired *t*-test) และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ **0.05**

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเหมือนกันคือเป็นผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ศึกษาระดับประถมศึกษา รักษาในโรงพยาบาล 3 – 4 วัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทำงานบ้าน ส่วนใหญ่บุตรเป็นผู้ให้การดูแล ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 76.7 และ 83.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p - value
	N	%				
เพศ					1.111	.292
หญิง	16	53.3	20	66.7		
ชาย	14	46.7	10	33.3		
อายุ					3.444	.328
น้อยกว่า 50 ปี	3	10.0	5	16.7		
51- 60 ปี	4	13.3	5	16.7		
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	23	66.7	20	66.7		
ระดับการศึกษา					1.400	.492
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	10.0	1	3.3		
ประถมศึกษา	23	76.7	23	76.7		
มัธยมศึกษา	4	13.3	6	20.0		
สภาพทั่วไป					1.270	.260
แขนขนอ่อนแรงข้างขวา	11	36.7	7	23.3		
แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย	19	63.3	23	76.7		
ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาล					1.052	.189
1 -2 วัน	14	46.7	11	36.7		
3 – 4 วัน	10	33.3	10	33.3		
ตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป	6	23.00	9	30.0		
การดูแลพิเศษ					2.968	.397
ใส่ท่อเจาะคอ/ท่อหลอดลมคอ	2	6.7	3	10.0		
ให้อาหารทางสายยาง	10	33.3	7	23.3		
อื่นๆ	18	60.0	20	66.7		
ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย					1.100	.577
บุตร	22	73.3	21	70.0		
คู่สมรส	8	26.7	9	30		
สิทธิค่ารักษาพยาบาล					.426	.808
ข้าราชการ/รัฐวิสหกิจ /ประกันสังคม	7	23.3	5	16.7		
บัตรประกันสุขภาพ	23	76.7	25	83.3		

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือเป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป อาชีพทำงานบ้าน /อื่นๆ มีรายได้เพียงพอ ลักษณะที่แตกต่างกันได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40.0 ประสบการณ์ในการดุแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.3 ส่วนกลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 13.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p - value
	N	%	N	%		
เพศ					.162	.688
หญิง	27	90.0	26	86.7		
ชาย	3	10.0	4	13.3		
อายุ					5.640	.228
น้อยกว่า 50 ปี	2	6.7	5	16.7		
51 -60 ปี	5	16.7	5	16.7		
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	23	76.4	20	66.6		
ระดับการศึกษา					3.771	.438
ประถมศึกษา	9	30.3	13	43.3		
มัธยมศึกษา /อนุปริญญา	14	46.7	11	36.7		
ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี	7	23.3	6	20.0		
อาชีพ					3.417	.491
นักเรียน นักศึกษา	1	3.3	3	10.0		
รับจ้าง/ ทำนาทำสวน	16	53.3	14	46.6		
อื่นๆ/งานบ้าน	13	33.4	13	43.3		
รายได้					2.125	.346
เพียงพอหาซื่อสิ่งต่างๆได้	7	23.3	6	20.0		
เพียงพอใช้จ่ายประหยัด	15	50.0	20	66.7		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	8	26.7	4	13.3		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					1.669	.196
มี	17	56.7	12	40.0		
ไม่มี	13	43.3	18	60.0		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					6.648	.010*
มี	13	43.3	4	13.3		
ไม่มี	17	56.7	26	86.7		

ตอนที่ 2 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความสามารถของของผู้แลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (141.80 ±21.07 VS 86.46 ± 16.26) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent T – test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	86.00	14.72	58	.668	.507
กลุ่มควบคุม	83.43	15.03			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	141.80	21.07	58	11.384	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	86.46	16.26			

P < .05

2.2 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (141.80 ±21.07 VS 86.00 ± 14.72) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired - Sample T -test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถของผู้ดูแล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	86.00	14.72	29	12.758	.000*
หลังทดลอง	141.80				
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	83.43	16.26	29	2.860	.008*
หลังทดลอง	86.46	15.03			

P < .05

ตอนที่ 3 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความรู้ของผู้แลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้มากว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (22.33 ±4.09 VS 13.33 ± 4.42) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯผู้ดูแลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 เช่นกัน (22.33 ±4.09 VS 7.00 ± 3.37) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent T – test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง ที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	8.66	3.19	58	1.964	.054
กลุ่มควบคุม	7.00	3.37			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	22.33	4.09	58	8.179	.000*
กลุ่มควบคุม	13.33	4.42			

P < .05

3.2 ความรู้ของผู้ดูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (22.33 ±4.09 VS 7.00 ± 3.37) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired - Sample T - test พบว่า คะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ของผู้ดูแล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังทดลอง

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	7.00	3.37	29	13.980	.000*
หลังทดลอง	22.33	4.09			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	8.66	3.19	29	6.176	.000*
หลังทดลอง	13.33	4.42			

P < .05

อภิปรายผล

จากการศึกษา ความสามารถของของผู้แลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (141.80 ±21.07 VS 86.46 ± 16.26) ร่วมกับภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกด้วย (141.80 ±21.07 VS 86.00 ± 14.72) อธิบายได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 90.0 และเป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 73.3 ทำให้มีความผูกพันและเอาใจใส่ผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นๆ เป็นบุคลที่มีความสำคัญในการทำให้การดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือสมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทผู้ดูแล (สวรินทร์ หงส์สร้อย, วัลภา คุณทรงเกียรติและเขมาวดี สาสิงบุญ,2556) ประกอบกับร้อยละ 56.7 เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 43.3 ส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของจินดา รัตนกุล, ภัชราภร บุญรักษ์ และ

ประไพบุญย์ เจริญเลิศ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบใฝ่รู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมา จันทรวิเศษและคณะ (2552) พบว่าความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับมาก

ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (22.33 ±4.09 VS 13.33 ± 4.42) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯผู้ดูแลมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 เช่นกัน (22.33 ± 4.09 VS 7.00 ± 3.37) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ ได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน ได้เรียนรู้เรื่องโรคและการดูแลต่อเนื่อง ได้ทำความเข้าใจ ทำให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการ จึงพบว่าระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วย แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีทักษะเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์และจรูญลักษณ์ ป้องเจริญ,2555) และจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวันเพื่อประเมินปัญหา ทำความเข้าใจร่วมกันถึงแผนการรักษาดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับและตลอดระยะการอยู่โรงพยาบาล มีส่วนทำให้ญาติร่วมมือในแผนการดูแลและร่วมกันแก้ปัญหาและได้ฝึกทักษะจนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ (อรุณี ชาญชัยและคณะ ,2557) เนื่องจากผู้ดูแลร้อยละ 70.0 มีการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไป เมื่อได้รับการสอนแนะ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลต่างๆ จากทีมสุขภาพ จะสามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และการดูแลเพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรดีวจีเศรษฐ์และจุฬาพร ประสังสิต, 2552) รวมทั้งที่จะปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยอันที่นำไปสู่ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การได้รับคำปรึกษา การสอนแนะจากบุคลากรที่เชี่ยวชาญจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ ที่จะนำไปปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในแต่ละด้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่การช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1.ประยุกต์/ปรับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขามีส่วนร่วมดูแลเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ร่วมกับพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสามารถให้คำปรึกษา สอนแนะแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการดูแลฯอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการดูแลดังกล่าว

2. ศึกษาโปรแกรม ร่วมกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ วัชระศักดิ์ศิลป์. (2556**)**. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. **วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย.** 4 (14),23-30.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ฉบับผู้ป่วยและผู้ดูแล.**นนทบุรี: บริษัทบียอนด์พับลิสซิ่งจำกัด

เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และ จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. (2553).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชสุพรรณบุรี.**วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**.14 (1),14-19.

ทัศนีย์ ตันติฤทธิ์ศักดิ์(บรรณาธิการ). (2555). **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.)** สถาบันประสาทวิทยา. นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, และคณะ. (2557**)**.ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับความพึงพอใจในการดูแลตามโปรแกรมของผู้ดูแล / ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า.** จันทบุรี. 25 (1),78-89.

ยุวดี เกตุสัมพันธ์, อัญชนา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิรดีวจีเศรษฐ์และจุฬาพร ประสังสิต. (2552). **การดูแลแผลกดทับศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.** กรุงเทพ: ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ.

รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม. (2554). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง.** การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาสนา มูลฐี, สุปรีดา มั่นคง และ ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม.(2559).ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. **วารสารสภาการพยาบาล.** 31 (1), 95-110.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.(2560).**สถิติผู้ป่วยใน** ประจำปีงบประมาณ 2558-2560.

สถาบันประสาทวิทยา. (2558). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.** กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย
กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). **สถิติอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** [ออนไลน์].[มกราคม2563] ; แหล่งที่มา:http:// bps.ops.moph.go.th

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2559). **รักษ์สมอง.**ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สวรินทร์ หงส์สร้อย,วัลภา คุณทรงเกียรติและเขมาวดี สาสิงบุญ. (2556). ผลของการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. **วารสารพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต**. 1 (1) : 77-89.

อรุณี ชาญชัย และคณะ. (2557). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับความพึงพอใจในการดูแลตามโปรแกรมของผู้ดูแล/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง.**วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.** 25 (1) : 78-87.มราช สุพรรณบุรี.วาราสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อุมาจันทวิเศษและคณะ. (2552).ผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.**สงขลานครินทร์เวชสาร.** 27 (2) : 145-155.

Clarkc,D. (2017). **Training Caregivers After Stroke**. Leeds Institute of Health Sciences. University of Leeds LS2.9JT.

Jacob,C (1992). A power primer. **Psychological Bulletin**, 112, 155 - 159

World Health Organization.(2015).**World Stroke Campaign**.Retreived from http://www.World Stroke.org/advocacy/world stroke-campaign.

ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ XDR *Acinetobacter baumannii* และ Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
Risk factors of XDR *Acinetobacter baumannii* and Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE) infections in adult patient, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

สุภาณี ชูชาติ* พีระพัชร ไทยสยาม*

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังชนิดกลุ่มศึกษา กลุ่มควบคุม (case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อดื้อยา XDR *Acinetobacter baumannii* (XDR-AB)และ/หรือ Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE)โดยศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา XDR-AB และ/หรือ CRE ในโรงพยาบาลและกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อหรือมีการติดเชื้อชนิดอื่นที่ไม่ใช่เชื้อชนิดเดียวกันกับกลุ่มศึกษากลุ่มละ60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษาและข้อมูลการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษาอายุเฉลี่ย 57.2 ± 19.4 ปี กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย61.7 ± 18.8 ปี กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 50 รองลงมาเป็นแผนกศัลยกรรมร้อยละ 32 ตำแหน่งของการติดเชื้อ XDR – AB และ CRE ที่พบมากที่สุดคือปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 35 รองลงมาคือระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะร้อยละ 20 ส่วนเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือเชื้อ XDR –AB ร้อยละ70 และเชื้อ CRE ร้อยละ 30 เมื่อจำแนกชนิดของเชื้อในกลุ่ม CRE พบว่าเชื้อที่มีการตรวจพบมากที่สุดคือ *Klebsiella Pneumonia*ร้อยละ 21.7 รองลงมาคือ*Escherichia coli* และ *Enterobacter* spp. ร้อยละ 6.7 และ 1.7 ตามลำดับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยได้แก่ การมีประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมา (OR 2.2,95%CI 1.87-5.39), การได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (OR 4.27,95%CI1.16-15.79) และ ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem ภายใน 14 วัน(OR 5.33, 95%CI 1.25-22.72) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวควรมีมาตรการการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยา XDR-AB และCREในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง,XDR *Acinetobacter baumannii*, Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE)

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
*นายแพทย์ชำนาญการอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Abstract

A retrospective case-control study was conducted at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital during October 1, 2018 – September 30, 2019 to evaluate the risk factors of XDR *Acinetobacter baumannii* (XDR-AB) and Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) infections in adult patient. A medical chart review of each 60 patients with XDR-AB and/or CRE infection (Infection group) and non-infection or other organisms (Control group) was assessed for clinical characteristics and treatments. Data were analyzed by using descriptive statistics include frequencies and percentages. Multivariate analysis was performed by logistic regression. A total of 120 patients were enrolled. Mean age were 57.2 ± 19.4 years in infection group and 61.7 ±18.8 years in control group. Intensive care unit and surgical ward were mainly populations in infection group, 50% and 32%, respectively. The site of infections was ventilator associated pneumonia (35%) and catheter associated urinary tract infection (20%). 70% was XDR-AB infection. 30% was CRE infection, such as*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* and *Enterobacter* spp. In multivariate analysis, history of hospitalization in the past 6 months (OR 2.2, 95% CI 1.87-5.39, p = 0.019), central venous catheterization (OR 4.27, 95% CI 1.16-15.79, p = 0.030) and history of meropenem administration in the past 14 days (OR 5.33, 95% CI 1.25-22.72, p = 0.024) were increased risk of infection. Thus, infection control strategies must implement to optimize the infection in risk patient.

Keywords: risk factors, XDR *Acinetobacter baumannii*(XDR-AB) and Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE)

บทนำ

การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานเป็นปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆทั่วโลก องค์การอนามัยโลก(World Health Organization) ได้รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในทวีปยุโรปตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 ถึง 2013 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ *Klebseilla pneumonia*มีแนวโน้มดื้อยากลุ่ม Carbapenemเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 เป็นร้อยละ 8.3 (World Health Organization,2016) และพบว่าทวีปเอเชียมีแนวโน้มการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ส่วนในประเทศไทย ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance) รายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพระหว่างปี ค.ศ. 2000-2008 จากโรงพยาบาล 60 แห่งในทุกภาคของประเทศไทยพบว่าโรงพยาบาล 28 แห่งพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อต่อยาหลายขนานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ14.4 เป็นร้อยละ 54.9 (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ,2016)

เชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE) หมายถึงแบคทีเรียที่สามารถผลิตเอนไซม์ Carbapenemase ส่งผลให้เกิดการดื้อยากลุ่ม Beta-lactams ทั้งหมดรวมถึงกลุ่ม Carbapenems ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในวงกว้าง นับว่าเป็นแบคทีเรียกลุ่มที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อดื้อยาชนิดรุนแรงศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกาหรือ CDC ให้ใช้คำว่า Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในการรายงานเชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่สร้างเอนไซม์ Carbapenemase และมีการรายงานการพบเชื้อ CRE ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วโลก (Horan T.C.,2008) การศึกษาในประเทศไทย (ชลดาผิวผ่อง,2559) เชื้อในกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ตรวจพบมากที่สุดในผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระหว่างปี 2555 ถึงปี 2558 คือ *Klebsiella pneumonia* ร้อยละ 60.70 และ*Escherichia coli*ร้อยละ 26.80 การติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลเกิดได้จากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่การสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกาย เช่นการใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับการเจาะคอเป็นต้น นอกจากนี้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อสูงขึ้น(Marie H,2019)

เชื้อ *Acinetobacter baumannii* เป็นแบคทีเรียแกรมลบทรงแท่งสามารถก่อโรคได้ในหลายระบบ พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ปัจจุบันพบว่า เชื้อมีการดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิดทำให้เกิดผลกระทบตามมาในการรักษาผู้ป่วย และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยในประเทศสหรัฐอเมริกา *A. baumannii* เป็นหนึ่งใน10 เชื้อที่พบบ่อยในการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ.1988 และพบอัตราการดื้อต่อยา Carbapenem เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 9.0 เป็นร้อยละ 40.0 ในช่วงปี ค.ศ. 1995–2004 (ThummeepakR,2015)ส่วนExtensively Drug Resistant *Acinetobacter baumannii* (XDR-AB) หมายถึงเชื้อมีการดื้อยาเกือบทุกชนิดยกเว้น polymyxinE(Colistin) และ/หรือ ยากลุ่ม

Glycylcycline (Tigecycline) พบว่าการติดเชื้อในกระแสโลหิตและปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ XDR-ABเป็นสาเหตุการตายมากกว่าร้อยละ 50 (Tseng YC,2017)

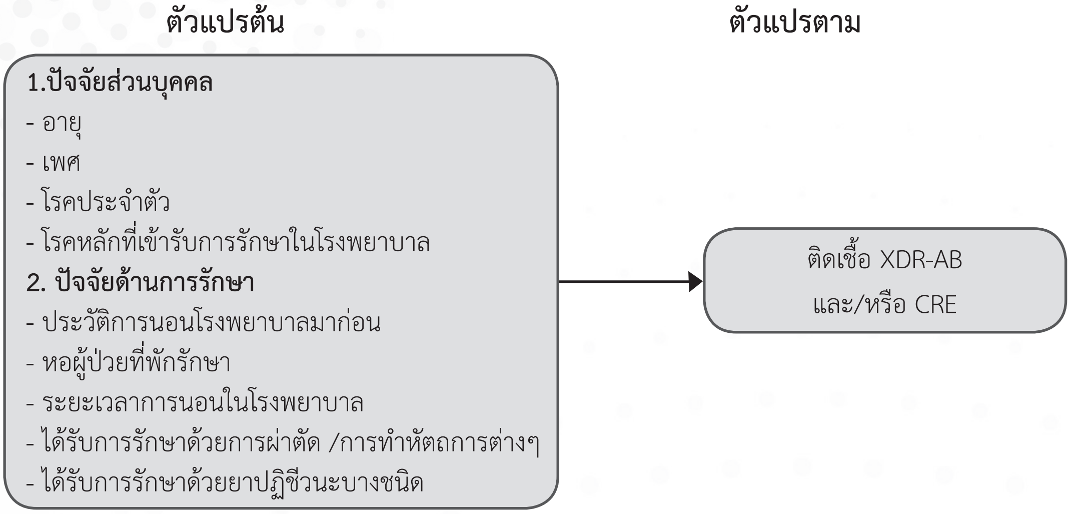
การติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาล มีปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วย เชื้อก่อโรค และสิ่งแวดล้อมเกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม การวิเคราะห์ผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพต่อสุขภาพและความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ พ.ศ. 2553 พบว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากแบคทีเรียซึ่งดื้อยาต้านจุลชีพจำนวน 87,000 ครั้งทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3 ล้านวันมีผู้ป่วยเสียชีวิต 38,000 รายความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการใช้ยาต้านจุลชีพรักษาการติดเชื้อดื้อยามีมูลค่า 2,500-6,000 ล้านบาทความสูญเสียทางเศรษฐกิจภาพรวมของการติดเชื้อดื้อยาอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท ผลกระทบดังกล่าวถูกจัดให้มีความสำคัญลำดับต้นๆของประเทศไทย (ภาณุมาศ ภูมาศ,2555) การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานตามคำแนะนำของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกาคือ การใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard precautions) ร่วมกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact precautions) อย่างเคร่งครัด วิธีการที่สำคัญคือการแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือมีนิคมของเชื้ออยู่ในร่างกายออกจากผู้ป่วยอื่นโดยเร็วที่สุดและมีมาตรการการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาดังกล่าว (CDC,2017)

จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและจากการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการติดเชื้อดื้อยาXDR-AB และ CRE มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช,2562) และไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ XDR-AB และ CRE ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมาก่อน จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการวางแผนควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ XDR-ABและ/หรือ CRE ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มศึกษา–กลุ่มควบคุม (Case–control study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ XDR-ABและ/หรือ CRE ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและฐานข้อมูลผลการตรวจเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาพบเชื้อดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเข้าศึกษาตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) คือเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชนานตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไปและมีอายุเกิน 15 ปีในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561ถึง 30 กันยายน 2562 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาพบเชื้อ XDR-ABและ/หรือ CRE และเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อหรือมีการติดเชื้อชนิดอื่นที่ไม่ใช่เชื้อชนิดเดียวกันกับกลุ่มศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ได้กลุ่มตัวอย่างจากค่าที่คำนวณได้ 60 ตัวอย่าง จะได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 60 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว สาเหตุการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การทำหัตถการทางการแพทย์ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ

ส่วนที่ 2แบบบันทึกข้อมูล ปัจจัยและผลการรักษา ผลการตรวจเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อและสภาพการจำหน่าย

การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งยึดตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2019

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติเชิงอนุมาน Logistic regression โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (univariate analysis) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (multivariate analysis) นำเสนอในรูปแบบของค่า Adjusted odds ratio (OR) และค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ p–value<0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเท่านั้น ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล จะไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย การนำเสนอข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม และผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
รหัสโครงการวิจัยที่ 32/2563 วันที่ 14 พฤษภาคม 2563

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60 มีอายุตั้งแต่ 15 - 91ปี(เฉลี่ย 57.2 ปีS.D. =19.4) กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 55 มีอายุตั้งแต่ 19-99 ปี (เฉลี่ย 61.7 ปี S.D. =18.7) กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รักษาหอผู้ป่วยวิกฤตและแผนกศัลยกรรมร้อยละ 50 และ 32 ตามลำดับ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70 และ 68.3 ตามลำดับ ประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลมาก่อนร้อยละ 78.3 ส่วนสภาพขณะจำหน่ายพบว่ากลุ่มควบคุมหาย/ทุเลาร้อยละ 76.7 และเสียชีวิตร้อยละ 23.3 ในขณะที่กลุ่มศึกษาหาย/ทุเลาร้อยละ 58.3 เสียชีวิตร้อยละ 41.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ (%)	จำนวน	ร้อยละ (%)		
เพศ					.136	.712
หญิง	24	40.0	27	45.0		
ชาย	36	60.0	33	55.0		
อายุ					1.976	.372
15 – 40 ปี	14	23.3	9	15.0		
41- 60 ปี	17	28.3	15	25.0		
60 ปีขึ้นไป	29	48.4	36	60.0		
ต่ำสุด-สูงสุด	15-91		19-99			
เฉลี่ย (S.D.)	57.2(19.42)		61.7(18.77)			
หอผู้ป่วย					2.785	.248
หอผู้ป่วยวิกฤต	30	50.0	21	35.0		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	11	18.0	14	23.0		
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	19	32.0	25	42.0		
การวินิจฉัยโรคแรกรับ					2.394	.122
Trauma	16	26.7	12	20.0		
Disease	44	73.3	48	80.0		
โรคประจำตัว					.528	.467
ไม่มี	18	30.0	19	31.7		
มี	42	70.0	41	68.3		
ประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมา						.031*
เคย	25	41.7	13	21.7		
ไม่เคย	35	58.3	47	78.3		
สภาพขณะจำหน่าย					3.799	.051
หาย/ทุเลา	35	58.3	46	76.7		
เสียชีวิต	25	41.7	14	23.3		
ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล					4.068	.131
< 2 สัปดาห์	7	11.7	11	18.3		
2-4 สัปดาห์	17	28.3	24	40.0		
>4สัปดาห์	36	60.0	25	41.7		

เมื่อจำแนกตามตำแหน่งของการติดเชื้อ XDR -ABและ/หรือ CRE พบมากที่สุดคือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อจำแนกตามตำแหน่งการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตำแหน่งการติดเชื้อ	จำนวน(n=60)	ร้อยละ
ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	21	35.0
ปอดอักเสบ	5	8.3
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	12	20.0
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	8	13.3
ติดเชื้อในกระแสเลือดสัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือด	4	6.7
ติดเชื้อในกระแสเลือด	6	10.0
ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	4	6.6

ส่วนเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือเชื้อ XDR-AB พบร้อยละ70 และเชื้อ CRE พบร้อยละ 30 เมื่อจำแนกชนิดของเชื้อในกลุ่ม Enterobacteriaceae พบว่าเชื้อที่มีการตรวจพบมากที่สุดคือ *Klebsiella Pneumonia* ร้อยละ 21.7 รองลงมาคือ *Escherichia coli* และ *Enterobacter* spp. ร้อยละ 6.7 และ 1.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อจำแนกตามชนิดของเชื้อก่อโรค

เชื้อก่อโรค	**จำนวน**	**ร้อยละ**
XDR Acinetobacter baumannii	42	70.0
Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE)		
Klebsiella Pneumonia	13	21.7
Escherichia coli	4	6.7
Enterobacter.spp	1	1.7

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Univariate analysisระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการติดเชื้อ XDR-AB และ/หรือ CRE พบว่าการมีประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมามีโอกาสเสี่ยง 4.7 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อน ส่วนปัจจัยด้านการรักษาด้วยการทำหัตถการต่างๆพบว่าการได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 10.5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการ

ใส่สายสวนหลอดเลือด ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะภายใน 14 วันพบว่ายา Meropenem มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 5.8 เท่า ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม ปัจจัยด้านการรักษาด้วยการทำหัตถการต่าง ๆประวัติการนอนโรงพยาบาลและประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมา					4.66	.031*
เคย	25	41.7	13	21.7		
ไม่เคย	35	58.3	47	78.3		
ใส่ท่อช่วยหายใจ					1.38	.240
ใช่	56	93.3	51	85.0		
ไม่ใช่	4	6.7	9	15.0		
ใส่สายสวนปัสสาวะ					1.35	.439
ใช่	58	96.7	55	91.7		
ไม่ใช่	2	3.3	5	8.3		
ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง					10.54	.001*
ใช่	19	31.7	4	6.7		
ไม่ใช่	41	68.3	56	93.3		
ได้รับการผ่าตัด					.330	.566
ใช่	23	38.3	19	31.7		
ไม่ใช่	37	61.7	41	68.3		
ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ					6.24	.012*
Ceftriazone	21	35.0	25	41.7		.573
Ceftazidime	16	27.0	9	15.0		.177
Pip/Tazo	21	35.0	13	21.7		.156
Amoxy/clav	4	6.7	0	0		.119
Ciprofloxacin	1	1.7	0	0		1.00
Imipenem	8	13.3	0	0		.006*
Meropenem	13	21.7	3	5.0	5.84	.016*

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multivariate logistic regression พบว่า ปัจจัยประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem ภายใน 14 วัน การได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการมีประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมา ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ XDR-AB และ/หรือ CRE ในโรงพยาบาล 5.3,4.3 และ 2.2 เท่าตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์และขนาดของความเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	Crude OR	Adjusted OR	95%CI for OR	p-value
- ประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมา	25	13	4.66	2.2	1.87-5.39	.019*
- การได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	19	4	10.54	4.27	1.16-15.79	.030*
- ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem	13	3	4.33	5.33	1.25-22.72	.024*

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ XDR-AB และ/หรือ CRE พบว่าตำแหน่งที่มีการติดเชื้อส่วนใหญ่คือการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 35.0 รองลงมาคือการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะร้อยละ 20 ติดเชื้อในกระแสเลือดสัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางร้อยละ 6.7 สัมพันธ์กับการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae ของประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี 2012-2013(World Health Organization,2016) พบว่าการติดเชื้อ CRE ส่วนใหญ่พบในทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลและการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายและจากการศึกษาของ Tseng YC พบว่าการติดเชื้อในกระแสโลหิตและปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ XDR-AB เป็นสาเหตุการตายมากกว่าร้อยละ 50 (Tseng YC,2017) และอาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่างหรือปอดอักเสบ นอกจากนี้กลุ่มศึกษาได้รับการคาสายสวนปัสสาวะร้อยละ 96 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวกับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่วนการติดเชื้อ CRE ที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 30 เมื่อจำแนกชนิดของเชื้อใน

กลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าเชื้อที่มีการตรวจพบมากที่สุดคือ *Klebsiella Pneumonia*ร้อยละ 21.7 รองลงมาคือ *Escherichia coli* และ *Enterobacter* spp. ร้อยละ 6.7 และ 1.7 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี 2559 (ชลดา ผิวผ่อง,2559) และการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลศิริราช (พุทธิชาติ ขันตี, 2559) ในปี 2011-2015 พบเชื้อ *Klebsiella Pneumonia* มากที่สุด รองลงมาคือ *Escherichia coli* และ *Enterobacter* spp. ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ XDR-AB และ/หรือ CRE พบว่าปัจจัยการมีประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 6 เดือนที่ผ่านมามีโอกาสเสี่ยง 2.2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อน ซึ่งการที่ผู้ป่วยเคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลมาก่อนอาจจะมีเชื้อดื้อยาเป็นพาหะของเชื้ออยู่ในร่างกาย ดังเช่นการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัตินอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการมีเชื้อ CRE เป็นพาหะอยู่ในร่างกายและเชื้อสามารถอยู่ในร่างกายได้นานถึง 6เดือนถึง 1 ปี (Mookerjee S, 2018. Banach DB, 2018) ไม่เพียงแต่การมีประวัติเคยนอนในโรงพยาบาลมาก่อนเท่านั้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปัจจัยด้านการรักษาด้วยการทำหัตถการ ด้วยการได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line) มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 4.3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือด ข้อมูลของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการติดเชื้อ XDR-AB และ/หรือ CRE มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำการสอดใส่วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และการศึกษาของนันทิพัฒน์และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการมากกว่า 7 วัน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (CDC,2006. นันทิพัฒน์และคณะ,2555)

ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะภายใน 14 วันพบว่ายา Meropenem ซึ่งเป็นยากลุ่ม Carbapenem มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 5.3 เท่า จากผลการศึกษาในประเทศตุรกี เมื่อปี 2012 พบว่าการใช้ยากลุ่ม carbapenems เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ถึง 6 เท่า (Aydemir H,2012)

สรุปผล

การศึกษาชนิดกลุ่มศึกษากลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ XDR-AB และ/หรือ CRE แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา XDR-AB และ/หรือ CRE ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีความสัมพันธ์กับการมีประวัติการนอนในโรงพยาบาลมาก่อน การได้รับการรักษาด้วยการใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายคือใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและการมีประวัติการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิด Meropenem มาก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่เคยมีประวัตินอนในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาควรมีมาตรการการคัดกรองเพื่อหาเชื้อซึ่งอาจเป็นหาหะอยู่ในร่างกายและอาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ป่วยอื่นได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการต่างๆ ได้แก่ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ควรเข้มงวดต่อมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดและมีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Carbapenems โดยเฉพาะ Meropenem เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาตามมา

2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา XDR *Acinetobacter baumannii* และ/หรือ Carbapenem–resistant Enterobacteriaceae (CRE) ในโรงพยาบาล ควรกำหนดเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพรวมทั้งมีการติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

Infection Prevention and Control Department Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.(2019) Report Nosocomial Infection Surveillance. (in Thai)

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2562) รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

Piwpong Chonlada.(2016) Incidence of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in Suratthani Hospital. Region 11 Medical Journal; 30(2):1–12. (In Thai).

ชลดา ผิวผ่อง.(2559) อุบัติการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenems โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์; 30(2):1–12.

Phatthanachot Nantiphat,Suggaravetsiri Pornnapa.(2012) Factors associated with multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii* among patients in Roi-Et Hospital Roi-Et Province. KKU Journal for Public Health Research;5(1):87-96. (in Thai)

นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ,พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และชินวัตร ศีใส.(2555) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ;5(1):87-96.

Khanti Phutthachat, Chokephaibulkit Kulkanya.(2016) Update of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae. Division of infectious Diseases. Faculyt of Medicine Siriraj Hospital. Available at: www.pidst.or.th (in Thai).

พุทธิชาติ ขันตี , กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ.(2559) Update of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae.หน่วยโรคติดเชื้อภาควิชากุมารเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย Available at: www.pidst.or.th

Phuamas Phanumat, Thamlikitkul Visanu, Pottha Duangrat.(2012) Health and Economic Impacts of Antimicrobial Resistant infections in Thailand: A Preliminary study. Journal of Health Systems research; 6(3): 352-60. (in Thai).

ภาณุมาศ ภูมาศ, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ภูษิต ประคองสาย, ดวงรัตน์ โพธะ, อาทรริ้ว ไพบูลย์และ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์.(2555)ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย:การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 6(3): 352-60.

National Antimicrobial Resistance Surveillance Center. (2014)Landscape of antimicrobial resistance situation in Thailand. Retrieved April 2, 2016 from http://narst.dmsc.moph.go.th (in Thai)

ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. สถานการณ์ความไวของเชื้อดื้อยา. Retrieved April 2, 2016 from http://narst.dmsc.moph.go.th/.

Aydemir,H. Celebi, G. Piskin, N. Oztoprak,N. Keskin, A.S., et al. (2012) Mortality attributable to Carbapenem-Resistant Nosocomial *Acinetobacter baumannii* infectious in a Turkish University Hospital. Japanese journal of infectious diseases;65(1):66-71.

Banach, D.B,Bearman,G.Barnden,M.Hanrahan,J.A.Leekha,S.Morgan,D.J.et al.(2018) Duration of Contact Precautions for Acute-Care Settings.InfectionControl @ Hospital Epidemiology.Jan 11:1-18

Centers for Disease Control and Prevention. (2006) Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings. Available from: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/ Last update: February 15, 2017

Horan T.C., Andrus Mary,Dudeck,M.A. (2008) CDC/NHSN surveillance definition of healthcare-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control;36: 309-32

Mookerjee, S. Dyakova, E. Davies, F. Holmes, A.H.Otter,J. Risk factors for carbapenem-resistantEnterobacteriaceae (CRE) carriage at the time of hospital admission. European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.21-24 April 2018.

Marie, H. Nicolas, C. Marie, V. Cedric, L. Robert, J.(2019) Risk factors for carbapenem–resistant Enterobacteriaceae infections: a French case–control–control study. Eur J Clin MicrobiolInfect Dis; 38:383–93.

Thummeepak R, Kitti T, Sitthisak S. (2015) Epidemiology and virulence factors of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii. Thammasat Medical Journal; 15: 322-32.

Tseng Yu-Chen,Wang Jann-Tay,LinWu Fe-Lin,et al. (2007) Prognosis of adult patients with bacteremia caused by extensively resistant *Acinetobacter baumannii*. Diagnostic Microbiology and infectious Disease;59(2):181- 90. [PubMed:17662564]

World Health Organization. (2013) Summary of the latest data on antibiotic Resistance in the European Union. [cited2016April2], Availablefrom: http://ecde.europa.eu/en/publications.

การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติก่อนและหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง

COMPARISON OF KNOWLEDGE, ATTITUDES BEFORE AND AFTER THE TRAINING, FINDING PREGNANT WOMEN FOR ANTENATAL FAST OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN THE SERVICE AREA OF MITTAPHAB HEALTH CENTER MUANG DISTRICT,RANONG PROVINCE

*สุนันทา เพชรสังข์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ ก่อนและหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว ของแกนนำ อสม. และเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.ในเขตบริการของ รพ.สต.มิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม การวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบวัดทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ และแบบสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค แบบวัดความรู้และแบบวัดทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่น 0.73 และ 0.72 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการอบรม จากกลุ่มแกนนำ อสม.รายเดียวกัน และการสนทนากลุ่มภายหลังการอบรม 1 เดือน ใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัย มีดังต่อไปนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการอบรมแกนนำ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P< 0.001$) ส่วนทัศคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ จากการสนทนากลุ่ม พบว่าแกนนำ อสม.ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อหลักสูตรการอบรม ทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ สื่อที่ใช้ในการอบรม วิธีการถ่ายทอด ความยากง่ายในการถ่ายทอด ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว คือ ปัญหาด้านนโยบายฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ ยังดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ปัญหาด้านตัวหญิงตั้งครรภ์เองไม่ตระหนักและเห็น

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง*

ความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฝากครรภ์ เสนอแนะให้มีการขยายเครือข่ายการอบรมเพิ่มมากขึ้นทั้งในกลุ่ม อสม.และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และญาติ

จึงสรุปได้ว่าการจัดอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว ส่งผลให้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของกลุ่มแกนนำ อสม.ดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดี แก่ อสม.อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้หาก อสม.มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ จะสามารถเผยแพร่ความรู้ให้หญิงตั้งครรภ์ในชุมชนมาฝากครรภ์เร็วต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้, ทัศนคติ, แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม), ฝากครรภ์เร็ว, การอบรมค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว

Abstract

This research is a quasi-experimental research. with the objective to compare of knowledge, attitudes before and after the training, finding pregnant women for antenatal fast of village health volunteers and to study the satisfaction with the training program. Problems, obstacles, and suggestions on how to find pregnant women for prenatal care. The sample is the village health volunteers in the service area of Mittaphab Health Center Muang District, Ranong Province, by selecting the specific number of 30 tools used in the research, including questionnaires. It consists of 4 parts : general information, pregnancy and antenatal knowledge, attitude about pregnancy and antenatal care, and group discussion. Which passed the examination content validity from experts and test the confidence by the cronbach's alpha. Knowledge and attitude with confidence values 0.73 and 0.72 respectively. Data were collected before and after the training from the vocal group. And group discussion after 1 month of training. The duration of the study was between March - May 2020. The statistics utilized for data analysis included percentage, arithmetic mean, standard deviation and Paired sample t-test significance level 0.05.

The research findings were as follows : After training the village health volunteers had a significantly increased knowledge about pregnancy and antenatal care ($p<0.001$). As for the attitude towards pregnancy and antenatal care, only a slight increase. But without statistical differences. From the group discussions, it was found that most of the volunteers who were very satisfied with the training program in terms of knowledge, attitude, media used in the training. Relay method difficulty in conveying problems and obstacles in the operation of finding pregnant women for prenatal care are policy issues such as the policy of free everywhere, all rights, not yet covering all areas. Problems in pregnant women themselves,

such as not realizing and seeing the importance of prenatal care soon, burden of expenses for traveling to antenatal care. Suggesting that the network will be expanded in both groups. Volunteers and pregnant women and their relatives.

Therefore, it can be concluded that the training for finding pregnant women comes to antenatal soon. Resulting in better knowledge and attitudes about pregnancy and antenatal care of the health volunteers. Public health personnel should focus on the promotion of knowledge and good attitude to the health volunteers continuously. If the health volunteers have the right knowledge and have a good attitude towards pregnancy and antenatal care will be able to disseminate knowledge to pregnant women in the community Antenatal sooner.

Keyword : knowledge, attitudes, village health volunteers , antenatal fast, health volunteers training

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคนตั้งแต่วัยแม่และเด็ก โดยกำหนดเป้าประสงค์ : ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย สูงดี สมส่วน มีการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ มีการเฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งจัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

การฝากครรภ์ เป็นหนึ่งในการบริการอนามัยแม่และเด็ก เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับมารดา ช่วยให้ทารกแรกเกิดมีสุขภาพ แข็งแรง มีการเริ่มต้นชีวิตที่ดี องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม เป็นการป้องกัน วินิจฉัยโรคและรักษาทางการแพทย์ได้ทันเวลาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยด้านการคลอดช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก (Tariku, Melkamu, & Kebede, 2010)

การฝากครรภ์ทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น (เรณู ศรีสุข,2559: 1) ในปี ค.ศ. 2007 - ปี ค.ศ. 2014 พบสถิติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ในหลายประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น ในแถบทวีปอเมริกา ร้อยละ 90 เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 70 ภูมิภาคแอฟริกาและภาคตะวันออกของทะเลเมดิเตอร์เรเนียนเท่ากัน คือ ร้อยละ 48 ซึ่งต่ำสุด ส่วนสมาชิกอาเซียน 5 ประเทศพบว่าประเทศไทย มีอัตราสูงที่สุด ร้อยละ 93 ในขณะที่ประเทศลาวมีอัตราต่ำสุด ร้อยละ 37 ประเทศเวียดนาม ร้อยละ 74 ประเทศกัมพูชา ร้อยละ 59 และประเทศพม่า ร้อยละ 43 (World Health Organization [WHO], 2014 a) พบอัตราการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนาแถบแอฟริกา 500 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และแถบทางตะวันออกเฉียงใต้ในภูมิภาคเอเชีย พบอัตราการตายของมารดา 190 คนต่อการเกิดมีชีพ 1000,000 คน เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งพบอัตราการตายของมารดาใน 17 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน โดยกลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาจะมีอัตราภาวะการตายของมารดาและทารกแรกเกิดสูงกว่าค่าเฉลี่ย ประมาณ 2 เท่า สาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนา 3 ลำดับแรก เกิดจากภาวะตกเลือด ภาวะติดเชื้อ และภาวะ ความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมาจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะ ติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย (Sepsis) หรือจากโรคปอดอักเสบ ภาวะขาดอากาศหายใจ(Asphyxia) และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิดจะต่ำ เนื่องจากมีระบบการฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization [WHO], 2014 b)

สำหรับประเทศไทย ศูนย์อนามัยที่ 11 ได้สรุปสถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ปีงบประมาณ 2560–2562 พบว่าระดับประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 66.91 74.42 และ 80.63 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60 ขึ้นไป และระดับเขตบริการสุขภาพที่ 11 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นและ

สูงกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 70.40 74.59 และ 81.58 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60 ขึ้นไป (ศูนย์อนามัยที่ 11, 2563)

สถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2560–2562 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 64.17 66.12 และ 80.15 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60 ขึ้นไป อำเภอที่ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด มี 2 อำเภอ คือ อำเภอเมือง ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 57.70 ปีงบประมาณ 2561ร้อยละ 59.29 และอำเภอกระบุรี ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 59.06 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข,2563)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ เป็นสถานบริการในเขตอำเภอเมือง ที่มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการมากที่สุด จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่าการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ผลการดำเนินงานต่ำที่สุดในอำเภอเมือง ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 33.33 ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 46.67 และปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 50.00 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหญิงตั้งครรภ์บางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว มาฝากครรภ์เมื่อลูกดิ้นแล้ว หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ไม่ต้องการขาดงานบ่อยครั้งเพื่อไปฝากครรภ์ในสถานบริการของรัฐ จึงไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนเมื่อลูกดิ้นแล้ว เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์แล้วก็ตาม

จากการทบทวนทฤษฎีความรู้ของบลูม ที่กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึงการที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้วได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น (Bloom,1968) ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของความรู้และทัศนคติว่ามีผลต่อการปฏิบัติ จึงสนใจที่จะสร้างแกนนำ อสม.ขึ้นมาเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์เร็ว เนื่องจาก อสม.เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและไว้วางใจจากคนในชุมชน และสามารถเข้าถึงข้อมูลการตั้งครรภ์ในชุมชนได้รวดเร็วกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หาก อสม.ได้รับการอบรมให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการฝากครรภ์ ก็สามารถให้ความรู้ชักจูงโน้มน้าวให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็ว อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการทราบถึง ความรู้ ทัศนคติ ของแกนนำ อสม.เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้ความรู้และทัศนคติในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว จึงได้ทำวิจัยนี้ขึ้นมา

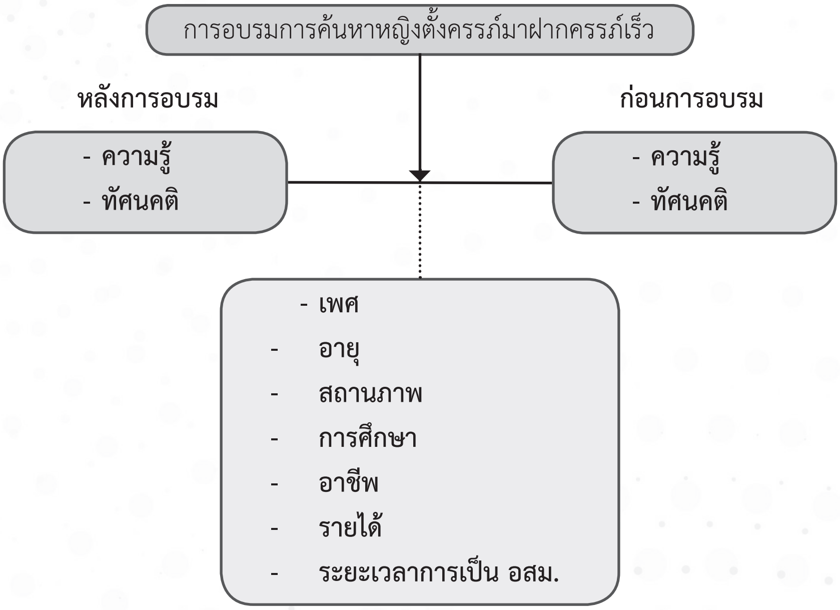
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ ก่อนและหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วในกลุ่ม แกนนำ อสม.

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ ก่อนและหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว ในกลุ่มแกนนำ อสม.

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. นำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาการจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่ม อสม.และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์
2. แกนนำอสม.มีความรู้และทัศนคติที่ดี สามารถชักจูงให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะ คือ

1. ทำการเก็บข้อมูลวัดก่อนและหลังการอบรม โดยมีแบบแผนภูมิการอบรม ดังนี้

O1 ← X → O2

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว
X หมายถึง การอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว
O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว

2. ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว ภายหลังการอบรมและปฏิบัติงานพื้นที่ 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ ตำบลบางริ้น อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ ตำบลบางริ้น อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง จำนวน 30 คน ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้สูตร two dependent means ของ App N4Studies = 22 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มเป็น 30 คน

จากผลการวิจัยของ อรรัตน์ หวั่งประดิษฐ และคณะ(2555) วิจัยเรื่องผลการจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในตำบลบ่อกวางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่าความรู้เรื่องการใช้ยาของ อสม.ก่อนเข้าร่วมชุดกิจกรรมการให้ความรู้กับหลังเข้าร่วมชุดกิจกรรมการให้ความรู้ มีผลต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมชุดกิจกรรม เท่ากับ1.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมชุดกิจกรรม เท่ากับ 2.06 ตามลำดับ เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจในการทดสอบ 95

ผลต่างคะแนนความรู้ (เดลต้า) = 14.18 – 12.93 = 1.25

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \acute{o}^2}{\Delta^2}$$

Standard deviation (ó)	= 2.06	
Differenced data betaween 2 group (Δ)	= 1.25	
Alpha(α)	= 0.05	
Beta (β)	= 0.02	
n	= 22	ปรับเพิ่มเป็น 30 คน

การสุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง(Purpose Sampling)

โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้าดังนี้ (Inclusion criteria) 1)เป็น อสม.ในเขตบริการของรพ.สต.มิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ที่ไม่สิ้นสภาพการเป็น อสม.ในวันที่เข้าร่วมโครงการ 2) เป็นเพศหญิงที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปี มีประสบการณ์การเป็น อสม.มาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 ปี 3) ยินยอมให้ความร่วมมือตลอดการทำวิจัย

สำหรับการเก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม(Focus group) จาก

แกนนำ อสม.จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกจากแกนนำ อสม.ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 4 คน มีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 5 -10 ปี จำนวน 3 คน และมีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 3 - 4 ปี จำนวน 3 คน โดยตั้งประเด็นคำถามช่วยในการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ หลังจากผ่านการอบรมและไปปฏิบัติงานให้ความรู้และค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว เป็นเวลา 1 เดือน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่โครงการวิจัย COA_PHRN 005/2563 รับรอง วันที่ 24 เมษายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบวัดทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ และแบบสนทนากลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการอบรม ประกอบด้วยสื่อการสอนประกอบการอบรมแกนนำ อสม.ในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1)สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในส่วนของข้อมูลทั่วไป 2)สถิติอนุมาน (Inferential statistic) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และทัศนคติของแกนนำ อสม. ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้ Paired Samples t-test 3) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม จะนำมาประมวลข้อมูลในแต่ละประเด็นว่ามีข้อสรุปหรือให้แนวคิดอย่างไรเพื่อนำไปปรับปรุงเนื้อหาความรู้ในการอบรมครั้งต่อไปและพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป

แกนนำ อสม.ทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 46.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน ร้อยละ 36.7 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 และมีระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.7

2.ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

ก่อนการอบรม แกนนำ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ได้แก่ เมื่อทารกไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลงควรรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดหมาย ร้อยละ 100 รองลงมาคือหญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้งก็ได้ และเรื่องการฝากครรภ์จะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์แข็งแรง ร้อยละ 96.7 และตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ ควรฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ อาหารที่มีแคลเซียมสูงจะช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตของสมองและสติปัญญาของทารกในครรภ์ ร้อยละ 60

หลังการอบรม แกนนำ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ที่ถูกต้อง ร้อยละ 100 จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ปัจจุบันคนไทยเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 40 2) การฝากครรภ์จะทำให้ทราบว่ามีภาวะเสี่ยงหรือความผิดปกติอะไรและได้รับการดูแลแก้ไขได้ทันเวลา 3)หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้งก็ได้ 4) การฝากครรภ์จะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์แข็งแรง 5) เมื่อทารกไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลงควรรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดหมาย และตอบผิดมาก 3 เรื่องได้แก่ควรฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 20 รองลงมาคือการตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์จะตรวจช่วงอายุเท่าใดก็ได้ไม่มีข้อกำหนด และเรื่องการทำงานหนักจะทำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดง่าย ร้อยละ 13.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแกนนำ อสม. จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูก ก่อน และหลังการอบรม

ข้อ	ความรู้	ก่อนการอบรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังการอบรม จำนวน (ร้อยละ)
1.	อาหารที่มีแคลเซียมสูงจะช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตของสมองและสติปัญญาของทารกในครรภ์	12(40)	29(96.7)
2.	ปัจจุบันคนไทยเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 40	16(53.3)	30(100)
3.	ควรฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์	2(6.7)	24(80)
4.	การตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ จะตรวจช่วงอายุเท่าใดก็ได้ไม่มีข้อกำหนด	20(66.7)	26(86.7)
5.	การฝากครรภ์จะทำให้ทราบว่ามีภาวะเสี่ยงหรือความผิดปกติอะไรและได้รับการดูแลแก้ไขได้ทันเวลา	28(93.3)	30(100)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแกนนำ อสม. จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูก ก่อน และหลังการอบรม (ต่อ)

ข้อ	ความรู้	ก่อนการอบรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังการอบรม จำนวน (ร้อยละ)
6.	หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องไปตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้งก็ได้	29(96.7)	30(100)
7.	การฝากครรภ์จะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์แข็งแรง	29(96.7)	30(100)
8.	การทำงานหนักจะทำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดง่าย	25(83.3)	26(86.7)
9.	เมื่อทารกไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลงควรรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดหมาย	30(100)	30(100)
10.	ในระยะตั้งครรภ์เมื่อมีน้ำเดินโดยไม่เจ็บครรภ์ไม่ต้องรีบไปพบแพทย์ควรรอให้เจ็บครรภ์เสียก่อน	27(90)	27(90)

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ก่อนการอบรม พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ระดับสูง และระดับปานกลาง ร้อยละ 50 และร้อยละ 40 ตามลำดับ

และระดับความรู้หลังการอบรม พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 6.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของแกนนำ อสม. จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ(0 -5 คะแนน)	3	10	0	0
ปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	12	40	2	6.7
สูง (8 -10 คะแนน)	15	50	28	93.3
รวม	30	100	30	100

$\overline{X}$ = 7.26 SD = 1.14 $Min = 4$ $Max = 9$ $\overline{X}$ = 9.40 SD = 0.85 $Min = 7$ $Max = 10$

3. ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์

ก่อนการอบรม แกนนำ อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ในเรื่องมีความยินดีที่จะค้นหาและแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์เร็ว ร้อยละ100 และร้อยละ 96.7 เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการฝากครรภ์ในประเด็น 1) การฝากครรภ์จะช่วยให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 2) การฝากครรภ์ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ 3) การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์หรือตามนัดจะเป็นผลดีต่อทารกในครรภ์ 4) การฝากครรภ์เร็ว

จะทำให้ค้นพบความผิดปกติเร็วและแก้ไขได้ทันท่วงที 5) การไปตรวจตามนัดทุกครั้งเป็นสิ่งจำเป็นแม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติ และมีทัศคติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ในเรื่องการฝากครรภ์คือการขึ้นทะเบียนเพื่อความสะดวกในการคลอด ร้อยละ 90 และการฝากครรภ์จะช่วยทำให้คลอดง่าย ร้อยละ 33.3

หลังการอบรม แกนนำ อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ในเรื่องการฝากครรภ์จะช่วยให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 100 และ มีความยินดีที่จะค้นหาและแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์เร็ว ร้อยละ100 และยังมีทัศนคติไม่ถูกต้องในเรื่องการฝากครรภ์คือการขึ้นทะเบียนเพื่อความสะดวกในการคลอด ร้อยละ 73.3 และการฝากครรภ์จะช่วยทำให้คลอดง่าย ร้อยละ 33.3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของแกนนำ อสม. จำแนกตามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ก่อนและหลังการอบรม

ข้อที่	ข้อความ	ก่อนการอบรม จำนวน(ร้อยละ)			หลังการอบรม จำนวน(ร้อยละ)		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักจะหงุดหงิด น่ารำคาญ ยากแก่การดูแลและแนะนำ	8 (26.7)	3 (10)	19 (63.3)	9 (30)	2 (6.7)	19 (63.3)
2.	หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ถือว่าเป็นความหวังที่มีคุณค่าของครอบครัวและชุมชน	28 (93.3)	2 (6.7)	0 (0)	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)
3.	การฝากครรภ์คือการขึ้นทะเบียนเพื่อความสะดวกในการคลอด	27 (90)	2 (6.7)	1 (3.3)	22 (73.3)	2 (6.7)	6 (20)
4.	หญิงตั้งครรภ์หากได้รับการฝากครรภ์ จะช่วยให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)	30 (100)	0 (0)	0 (0)
5.	การรับประทานยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ จะทำให้เด็กตัวโตและคลอดยาก	1 (3.3)	5 (16.7)	24 (80)	3 (10)	3 (10)	24 (80)
6.	การฝากครรภ์ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของแกนนำ อสม. จำแนกตามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ก่อนและหลังการอบรม(ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ก่อนการอบรม จำนวน(ร้อยละ)			หลังการอบรม จำนวน(ร้อยละ)		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
7.	การตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์	0 (0)	2 (6.7)	28 (93.3)	0 (0)	2 (6.7)	28 (93.3)
8.	การฝากครรภ์จะช่วยทำให้คลอดง่าย	10 (33.3)	4 (13.3)	16 (53.3)	10 (33.3)	8 (26.7)	12 (40)
9.	เมื่อท้องแรกปกติครรภ์ที่สอง ไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์	0 (0)	1 (3.3)	29 (96.7)	0 (0)	1 (3.3)	29 (96.7)
10.	การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์หรือ ตามนัดจะเป็นผลดีต่อทารกในครรภ์	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)
11.	การฝากครรภ์เร็วจะทำให้ค้นพบความผิดปกติเร็วและแก้ไขได้ทันท่วงที	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)
12.	การไปตรวจตามนัดทุกครั้งเป็นสิ่งจำเป็นแม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติ	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)
13.	ท่านยินดีที่จะค้นหาและแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ให้ไปฝากครรภ์เร็ว	30 (100)	0	0	30 (100)	0	0

เมื่อพิจารณาระดับทัศนคติก่อนการอบรม พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 6.7 ตามลำดับ

และระดับทัศนคติหลังการอบรม พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 96.7 และร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของแกนนำ อสม.จำแนกตามระดับทัศนคติก่อนและหลังการอบรม

ระดับทัศนคติ	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (13-22 คะแนน)	0	0	0	0
ปานกลาง(23-30 คะแนน)	2	6.7	1	3.3
สูง (31-39 คะแนน)	28	93.3	29	96.7
รวม	30	100	30	100

$\overline{X}$ = 35.13 SD = 2.12 $Min = 30$ $Max = 39$ $\overline{X}$ = 35.26 SD = 2.47 $Min = 28$ $Max = 39$

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว

4.1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ผลการศึกษาพบว่าแกนนำ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 7.26 และหลังการอบรมเท่ากับ 9.40 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p-value
ก่อนการอบรม	7.26	1.14	-7.899*	.000
หลังการอบรม	9.40	0.85		

$p < 0.001$

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรม

ผลการศึกษาพบว่าแกนนำ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติก่อนการอบรมเท่ากับ 35.13 และ หลังการอบรมเท่ากับ 35.26 เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติก่อนและหลังการอบรม

ทัศนคติ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p-value
ก่อนการอบรม	35.13	2.12	-.220	.827
หลังการอบรม	35.26	2.47		

5. ผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม(Focus group)

จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม(Focus group) พบว่า 1) ด้านหลักสูตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อหลักสูตรการอบรมทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ สื่อที่ใช้ในการอบรม วิธีการถ่ายทอด ความยากง่ายในการถ่ายทอด อยากให้มีการขยายเครือข่ายอบรมหลักสูตรการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วเพิ่มมากขึ้น 2) ด้านปัญหาอุปสรรค พบว่าปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ช้า คือ ปัญหาด้านนโนบายฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ ยังไม่ดำเนินการตามนโยบายเต็มพื้นที่ ปัญหาด้านตัวหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ แม้ว่าไม่ต้องจ่ายค่าบริการฝากครรภ์แต่ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆเช่นค่าเดินทางไปฝากครรภ์ 3) ด้านข้อเสนอแนะ ต้องการให้มีการขยายเครือข่ายอบรมหลักสูตรการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว ในกลุ่ม อสม.เพิ่มมากขึ้น และควรจัดอบรมให้หญิงตั้งครรภ์และญาติมีความรู้และเห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็วเช่นกัน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre Experiment Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ ก่อนและหลังการอบรมการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว ของแกนนำ อสม.และเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.ในเขตบริการของ รพ.สต.มิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบวัดทัศนคติและเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ และแบบสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค แบบวัดความรู้และแบบวัดทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่น 0.73 และ 0.72 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการอบรมจากกลุ่มแกนนำ อสม.รายเดียวกัน และการสนทนากลุ่มภายหลังการอบรมและปฏิบัติงานในพื้นที่ 1 เดือน ใช้ระยะ เวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ก่อนการอบรม ในระดับสูง ร้อยละ 50 ระดับปานกลาง ร้อยละ 40 และระดับต่ำ ร้อยละ 10 หลังการอบรมมีความรู้ ในระดับสูง ร้อยละ 93.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการอบรมพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ก่อนการอบรมในระดับสูง ร้อยละ 93.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.7 หลังการอบรมมีทัศนคติ ในระดับสูง ร้อยละ 96.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 3.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติหลังการอบรมพบว่าเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

3. จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม(Focus group) พบว่าแกนนำ อสม. ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อหลักสูตรการอบรมทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ สื่อที่ใช้ในการอบรม วิธีการถ่ายทอด ความยากง่ายในการถ่ายทอด ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว คือ ปัญหาด้านนโยบายฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ยังดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ปัญหาด้านตัวหญิงตั้งครรภ์เองไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฝากครรภ์ เสนอแนะให้มีการขยายเครือข่ายการอบรมเพิ่มมากขึ้นทั้งในกลุ่ม อสม.และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และญาติ

อภิปรายผล

หลังการอบรม แกนนำ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึงการที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจและเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น เช่น การใช้มือ เป็นต้น (Bloom,1968) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้อมพร ราชภูติ (2554) ได้ทำการวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง พบว่าการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของสายใจ โฆษิตกุลพร(2555) ได้ทำการวิจัยเรื่องการฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ79.3 และมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ในระดับสูง ร้อยละ 100 สอดคล้องกับผลการศึกษาของเรณู ศรีสุข(2559) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการ อำเภอพนัสนิคม พบว่าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46

มีความรู้เรื่องการฝากครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.60 มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.30 สรุป ความรู้เรื่องการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สุรินทรัพย์(2559) ได้ทำการวิจัยปัจจัยที่มีความสำคัญกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันชิงพลบ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 49.7 มีความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการศึกษา ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ไม่ถูกต้อง ลำดับแรก คือควรฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 93.3 จึงควรมีการให้ความรู้แก่ อสม. ในเรื่องฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ เพื่อนำไปใช้ในให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ต่อไป

2. ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ไม่ถูกต้อง ลำดับแรก คือการฝากครรภ์คือการขึ้นทะเบียนเพื่อความสะดวกในการคลอด ร้อยละ 90 จึงควรมีการให้ความรู้แก่ อสม.ให้มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญของการฝากครรภ์ เพื่อนำไปใช้ในการปรับทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

3. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของแกนนำ อสม.ในเขตบริการของรพ.สต.มิตรภาพ พบว่าคะแนนก่อนและหลังการอบรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงควรจัดการอบรมให้ความรู้แก่ อสม.อย่างต่อเนื่อง

4. ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ของแกนนำ อสม. ในเขตบริการของ รพ.สต. มิตรภาพ พบว่าคะแนนก่อนและหลังการอบรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติหลังการอบรมพบว่าเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังนั้นจึงควรจัดการอบรมเชิงลึก มุ่งปรับทัศนคติในประเด็นที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากทัศนคติไม่สามารถปรับได้ในระยะเวลาอันสั้น

5. การสร้างและขยายเครือข่ายแกนนำ อสม.ในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วเพิ่มมากขึ้น และมีการควบคุมกำกับสถานบริการทุกแห่งให้ดำเนินการตามนโยบายฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และ การปฏิบัติ ต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการจังหวัดระนอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัย ดร.สมหมาย คชนาม ที่ปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

เรณู ศรีสุข.(2559).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการ อำเภอพนัสนิคม.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัญฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา,ชลบุรี.

ศูนย์อนามัยที่ 11.(2563).ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก.รายงานพิเศษการประชุมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปี 2563.

สายใจ โฆษิตกุลพร.(2555).การฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช.สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2562,http://hpc11.go.th/information/7.1/3.9/43.pdf.

สุวิมล สุรินทรัพย์.(2559).ปัจจัยที่มีความสำคัญกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันชิงพลบ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน.วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัญฑิต มหาวิทยาธรรมศาสตร์,ปทุมธานี.

อรรัตน์ หวั่งประดิษฐและคณะ.(2555).ผลการจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในตำบลบ่อกวางทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี.สืบค้นเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2562, https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/ article detail.php? ArticleID=154136.

เอื้อมพร ราชภูติ.(2554).การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัญฑิต มหาวิทยาเชียงใหม่,เชียงใหม่.

Benjamin, S Bloom. 1986. ‘Learning for mastery’. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. Vol 2 :47-62.

Health Data Center.กระทรวงสาธารณสุข(2563).สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2563, https://rng.hdc.moph.go.th/hdc/reports.

Tariku, A., Melkamu, Y., & Kebede, Z. (2010). Previous utilization of service does not improve timely booking in antenatal care: Cross sectional study on timing of antenatal care booking at public health facilities in Addis Ababa. Ethiopian Journal of Health Development, 24(3), 226-233.

World Health Organization [WHO]. (2014 a). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the world bank and the united nations population division. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2014 b). World blood donor day. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/en/49

การพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ เพื่อการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครนายก
DEVELOPMENT OF QUALITY HEALTH DATA CENTER FOR EVALUATE STRATEGIC HEALTH PLAN,NAKHON NAYOK PROVINCE.

*สุวัจน์ บุญยืน**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพของจังหวัดนครนายก ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สามารถนำไปใช้ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ระยะที่ 2 จัดรูปแบบของการเรียนรู้ของการวิจัยโดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพ 3 ประการ คือ การเพิ่มความสามารถ (Enabling) การชี้นำ (Advocacy) และการไกล่เกลี่ย (Mediating) เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ในด้านการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ผลการศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์ และสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ของจังหวัดนครนายก พบว่า มีความครบถ้วน ร้อยละ 97.89 มีความถูกต้อง ร้อยละ 97.61 มีความทันเวลา ร้อยละ 84.12 การให้รหัสโรคที่ผิดพลาดในระบบข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ พบError ข้อที่ 5 มากที่สุด คือ การให้รหัส S และ T ในผู้ป่วยรายใดต้องให้รหัสสาเหตุภายนอกร่วมด้วยเสมอ ร้อยละ 26.98 รองลงมาคือ Error ข้อที่ 6 คือ การให้รหัส ผู้ป่วยนอก ที่มารับวัคซีนป้องกันโรค ไม่ต้องใส่รหัสการตรวจร่างกายการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 5.33

2. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพของจังหวัดนครนายก ในครั้งนี้คือการพัฒนาการมีส่วนร่วม กำหนดแฟ้มหลักที่ต้องตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล กำหนดแนวทางในการตรวจสอบข้อมูล ด้วยโปรแกรม QC_DATA _NAKHONNAYOK การพัฒนาบุคลากร การวางแผนจัดหาอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ และระบบอินเตอร์เนต ให้มีการวิเคราะห์และนำเสนอผลการตรวจสอบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ควบคู่กับการประเมินผลตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายก เดือนละ 1 ครั้ง ในการประชุม คปสอ.และกวป.ประจำเดือน

3. หลังการพัฒนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) เพิ่มมากขึ้นคือมีความรู้ในระดับมาก จากร้อยละ 23.10 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 72.31 คุณภาพข้อมูลมีความครบถ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 97.89 เป็นร้อยละ 99.87 มีความถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 97.61 เป็นร้อยละ 99.89 มีความทันเวลา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.12 เป็นร้อยละ 86.37

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก*

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ, ระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ

Abstract

This research for development (R&D) has the objective to develop the quality of health data center of Nakhon Nayok Province to be complete, accurate, and up to date, which can be used to effectively evaluate the strategic health plan of Nakhon Nayok Province. The research was conducted in 3 phases, phase 1: study the situations and the problems of operation of the health data center system, phase 2: arrange the learning model of the research by using 3 potential development strategies which are enabling, advocacy, and mediation to develop the working group and relevant personnel in the field of data recording, data validation, and data exchange, phase 3: evaluate the development of health data center. The results are as follows:

1. The study on the situations and problems in the operation of health data center systems of Nakhon Nayok Province found that 97.89% of the operation was complete, 97.61% of the operation was accurate, and 84.12% of the operation was timely. The study also found some fault in the process of giving codes in health center system, in which 26.98% of the fault was the Error No. 5, which giving S and T in any patient must always provide the code for external causes, followed by Error No. 6, equal to 5.33%, which is giving vaccinated outpatient code without entering the physical examination code.

2. The model for quality development of health data center of Nakhon Nayok Province consisted of the development of participation, determining the main file that must be verified for data accuracy, setting guidelines for data checking using the QC_DATA_NAKHONNAYOK program, personnel development, computer equipment procurement plan and internet system for analysis and presentation of the results of health data center along with the evaluation of indicators according to the strategic health plan of Nakhon Nayok Province, once a month at the monthly meeting of the DHCC and the PEC.

3. After the development, the public health officers had more knowledge about the operation of the health data center (43 files), in which the high level of knowledge was increased from 23.10% to 72.31%, the completeness of data quality was increased from 97.89% to 99.87%, the accuracy of the operation was increased from 97.61% to 99.89%, and timely operation was increased from 84.12% to 86.37%.

Keyword : Development of Quality, Health Data Center System

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ตามระบบเทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อสุขภาพของประชาชน ตามแนวทาง E-health ขององค์การอนามัยโลก และ international telecommunication union:ITU) (WHO,2012 และกระทรวงสาธารณสุข,2015) และใช้เป็นกรอบยุทธศาสตร์ในการพัฒนา เพื่อให้สามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศไปเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาขององค์การอนามัยโลกที่ กล่าวว่าการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจะต้องพัฒนาให้ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (6 building blocks)(WHO,2010 และWHO,2013) ได้แก่ 1. การจัดบริการ 2. กำลังคน 3. ยาและเทคโนโลยี 4. การคลัง 5. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล 6.ข้อมูลสารสนเทศ ดังนั้นระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System) จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และแนวโน้มทิศทางของปัญหาสุขภาพในอนาคต รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาระบบและวิธีการในการจัดการกับปัญหาและเพิ่มคุณภาพบริการให้ดีขึ้นได้ และการมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ดีมีคุณภาพจะช่วยในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพเพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพ ให้สามารถบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพที่ดีได้ในอนาคต (พิทักษ์พงศ์ พายุหะ,2561) เพื่อให้เป็นตามแนวทางดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการพัฒนาทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ ครุภัณฑ์และโปรแกรมสำหรับการดำเนินงานให้มีความเชื่อมโยงกัน และได้กำหนดให้มีการนำมาตรฐานโครงสร้างข้อมูล 43 แฟ้มมาใช้ในระบบบริการ (กระทรวงสาธารณสุข,2556) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ (อัญชลี หน่อแก้วและประเสริฐ ประสมรักษ์,2561) ได้แก่ 1. ด้านบุคลากร(people ware) ขาดผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพและมาตรฐานข้อมูลสุขภาพในระดับต่างๆ ขาดความตระหนักถึงความจำเป็นที่ให้มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ 2 .ด้านอุปกรณ์ (hardware) พบว่าการส่งข้อมูลยังขาดประสิทธิภาพ 3. ด้านโปรแกรม (software) พบว่าขาดการบริหารจัดการในภาพรวมมีโปรแกรมฐานข้อมูลหลายโปรแกรมและแต่ละโปรแกรมไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้และที่สำคัญคือผู้บริหารยังไม่เห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูล ส่งผลให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อนในระบบรายงาน การบันทึกข้อมูลและปัญหาภาระงานในการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการจากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของประเทศไทยขาดคุณภาพ

จังหวัดนครนายกได้ใช้ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ปี 2562ของจังหวัดนครนายก โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากร ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยมีตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ 55 ตัวชี้วัด ซึ่งในการติดตาม กำกับ และประเมินผลตามตัวชี้วัดแผน

ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ปี 2562 ของจังหวัดนครนายก จำเป็นต้องใช้ข้อมูลจาก 43 แฟ้มในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ หรือ ระบบ HDC ในการติดตาม กำกับ และประเมินผล โดยคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center – HDC) คือ 1 ใน 4 ของระบบการรายงานการติดตามและประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (SMS) 2) ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(HDC) 3) ระบบตัวชี้วัด KPI (Health KPI) และ 4) ระบบรายงานของหน่วยงานผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดที่จัดเก็บเอง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน,2561) แต่จากการตรวจสอบผลการดำเนินงานในระบบคลังข้อมูล (health data center: HDC) และผลการออกประเมินติดตามคุณภาพระบบข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดนครนายกประจำปีงบประมาณ 2560 พบว่าคุณภาพการจัดทำฐานข้อมูล 43 แฟ้มมีคุณภาพค่อนข้างต่ำ พบการให้รหัสโรคจากสาเหตุภายนอกผิดพลาดสูงถึงร้อยละ26.98 และพบว่ามีความครบถ้วน ร้อยละ 97.89 ความถูกต้องร้อยละ 97.61 และมีความเป็นปัจจุบันร้อยละ 84.12 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก,2560) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะจากระบบระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) มีประโยชน์ในการประเมินผลงานตามแผนยุทธศาสตร์ได้เป็นอย่างดียิ่งแต่ถ้าหากว่าคุณภาพของระบบข้อมูลยังขาดความถูกต้อง หรือเชื่อถือได้น้อย ทำให้การกำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ส่งผลต่อการบริหารจัดการ การวางแผนด้านสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาคุณภาพระบบฐานข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายก ให้มีความครบถ้วน ความถูกต้องและมีความเป็นปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพเพื่อการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครนายก เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของพื้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพของจังหวัดนครนายกให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน
2. เพื่อนำคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพไปใช้ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นการวิเคราะห์สภาพปัญหา	ขั้นกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการพัฒนา	ขั้นดำเนินการพัฒนา	ขั้นประเมินผลการพัฒนา
1.โดยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) 2.โดยการกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC)	1.พัฒนาศักยภาพด้านการจัดทำข้อมูล/การบันทึกข้อมูล/การตรวจสอบข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	โดยกลยุทธ์ 1.กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research: PAR) 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ Appreciatory Influence Control AIC) 3. การสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC)	-การประเมินผลการเรียนรู้ -ประเมินคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ -ประเมินการใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครนายก
สภาพปัญหาการดำเนินงานการจัดทำคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) -ด้านความครบถ้วน -ด้านความถูกต้อง -ด้านความเป็นปัจจุบัน -ด้านการนำไปใช้ประโยชน์	แผนการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) -ด้านความครบถ้วน -ด้านความถูกต้อง -ด้านความเป็นปัจจุบัน -ด้านการนำไปใช้ประโยชน์	กระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ในเรื่องการบันทึก การตรวจสอบและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	1.คณะทำงานเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้/ทักษะในการจัดทำบันทึก และตรวจสอบและการนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2.ผลการประเมินคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพภายหลังได้รับการพัฒนา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เจ้าหน้าผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ด้านการตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ

2. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องได้เรียนรู้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

3. ระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ทำให้กระบวนการกำกับติดตามและการประเมินผลในการจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพมีความถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพในพื้นที่

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพของจังหวัดนครนายก ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สามารถนำไปใช้ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ การวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์ จากการประชุมบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) จากโรงพยาบาลทั่วไป 1 คน โรงพยาบาลชุมชน 3 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้รับผิดชอบงาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 56 คน รวม 65 คน

กำหนดรูปแบบการพัฒนาระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ในด้านการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) จากโรงพยาบาลทั่วไป 1 คน โรงพยาบาลชุมชน 3 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้รับผิดชอบงาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 56 คน รวม 65 คน

กระบวนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

กระบวนการเรียนรู้ที่ 1 : ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ของจังหวัดนครนายก โดยการประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์

(Appreciation Influence Control : AIC) เพื่อให้คณะทำงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ของหน่วยบริการทบทวนการการจัดทำระบบข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยงานในอดีต รวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการ (requirement collection and analysis) โดยกำหนดปัญหาและเงื่อนไขของผู้ใช้งาน เพื่อให้ทราบปัญหาของระบบงานเดิม และความต้องการของระบบงานใหม่ เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของระบบงานให้มีความสอดคล้องกับความต้องการ

กระบวนการเรียนรู้ที่ 2 : ขั้นนำเสนอผลการวิเคราะห์ เพื่อเปิดโอกาสให้เพื่อให้คณะทำงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) แสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความถูกต้องและร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

กระบวนการเรียนรู้ที่ 3 : ขั้นการออกแบบ (design) ในการพัฒนาระบบงานหรือการออกแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพมีปัจจัยสำคัญ เพื่อหาความสามารถในการสรรหาวิธีเพื่อแก้ไขปัญหาในระบบงานเดิมอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพ 3 ประการ คือ

ก. การชี้นำ (Advocacy) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) และการสร้างอนาคตร่วมกัน (FSC) เพื่อให้คณะทำงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ของแต่ละหน่วยบริการทุนทบทวนปัญหาการจัดทำคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ในอดีต เชื่อมโยงกับปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาสู่ภาพคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ที่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องพึงปรารถนา

ข. การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้แก่คณะทำงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ของแต่ละหน่วยบริการ ให้มีศักยภาพด้านการจัดบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยใช้เทคนิคกระบวนการเรียนรู้ ดังนี้

1. แนวทางการดำเนินงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการรับส่งข้อมูลสุขภาพรายบุคคล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (health care center)

2. แนวทางการดำเนินงานระดับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป โดยการรับส่งข้อมูลสุขภาพรายบุคคล ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (health care center)

3. แนวทางการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่

ค. การไกล่เกลี่ย (Mediating) พัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง (Develop Person Skill) และเสริมสร้างศักยภาพของผู้มีส่วนได้เสียให้เข้มแข็ง (Strength Community Action) เพื่อให้มองเห็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ร่วมกัน

กระบวนการเรียนรู้ที่ 4 : ขั้นดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วยการทดสอบระบบ และนำระบบไปใช้งาน เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าระบบงานจะทำงานได้ถูกต้อง และเป็นไปตามความต้องการ เพื่อให้ระบบ

สามารถทำงานได้ถูกต้องและครบถ้วนที่สุด เมื่อผ่านขั้นตอนการทดสอบเพื่อการยอมรับระบบแล้ว จึงจัดให้มีการฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการทำงานของระบบ และสามารถใช้งานได้โดยไม่มีปัญหา โดยการจัดประชุมปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่คณะทำงาน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ของแต่ละหน่วยบริการ ฝึกทักษะในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) และกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference : FSC) ในด้านการด้านการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการแลกเปลี่ยนข้อมูล

กระบวนการเรียนรู้ที่ 5 : ขั้นมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อดำเนินการควบคุมกำกับการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) และนำข้อมูลในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพไปใช้ใน การประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายก ตามขั้นตอนการพัฒนาที่กำหนดไว้

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ โดยการจัดประชุมสรุปผลงานระบบคลังข้อมูล

โดยประเมินผลโดยใช้แบบวัดความรู้ และแบบประเมินคุณภาพข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) จากโรงพยาบาลทั่วไป 1 คน โรงพยาบาลชุมชน 3 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้รับผิดชอบงาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 56 คน รวม 65 คน

พื้นที่การศึกษา ได้แก่ พื้นที่จังหวัดนครนายก
ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2563

ผลการศึกษา

การวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D) คุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ เพื่อการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาเป็นดังนี้

1. สถานการณ์ และสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ของจังหวัดนครนายก พบว่า มีความครบถ้วน ร้อยละ 97.89 อำเภอปากพลีมีความครบถ้วนมากที่สุดคือร้อยละ 98.82 ส่วนอำเภอองครักษ์ มีความครบถ้วนน้อยที่สุดคือร้อยละ 96.94 ภาพรวมจังหวัดนครนายกมีความถูกต้อง ร้อยละ 97.61 อำเภอเมืองมีความถูกต้องมากที่สุดคือร้อยละ 98.99 ส่วนอำเภอองครักษ์ มีความครบถ้วนน้อยที่สุดคือร้อยละ 96.56 ภาพรวมจังหวัดนครนายกมีความทันเวลา ร้อยละ 84.12 อำเภอเมืองมีความทันเวลามากที่สุดคือร้อยละ 88.47 ส่วนอำเภอบ้านนา มีความทันเวลาน้อยที่สุดคือร้อยละ 81.66 มีความถูกต้อง

ร้อยละ 97.61 มีความทันเวลา ร้อยละ 84.12 การให้รหัสโรคที่ผิดพลาดในระบบข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ พบError ข้อที่ 5 มากที่สุด คือ การให้รหัส S และ T ในผู้ป่วยรายใดต้องให้รหัสสาเหตุภายนอกร่วมด้วยเสมอ ร้อยละ 26.98 รองลงมาคือ Error ข้อที่ 6 คือ การให้รหัส ผู้ป่วยนอก ที่มารับวัคซีนป้องกันโรค ไม่ต้องใส่รหัสการตรวจร่างกายการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 5.33 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้าน Input ได้แก่ ขาดแคลนบุคลากรในการบันทึก, ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้บันทึกข้อมูล, การ Update version ปัญหา Version ของ Program ไม่เท่ากันในแต่ละหน่วยบริการ, ไม่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน, บุคลากรมีภาระบันทึกข้อมูลมาก,ใช้ระยะเวลามาก, ขาดการอบรมในการใช้ฐานข้อมูลที่เพียงพอและครอบคลุม, ขาดการพัฒนาเชิงความรู้ความสามารถอย่างเป็นระบบ,จนท.ผู้รับผิดชอบย้ายบ่อยต้องเริ่มเรียนรู้งานใหม่ ด้าน Export Data ได้แก่ ส่ง ผิด เช่น วันขึ้นทะเบียน เป็น วันเริ่มป่วย, ข้อมูลส่งไปไม่หมด,Bug ของ Program ส่งใหม่ของเดิมหาย,ด้าน Processing & Data analysis , Report , อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่ทันสมัยและไม่เพียงพอ,ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตไม่เสถียร,ระเวลาในการส่งช้า ใช้เวลานาน,ข้อมูลที่ได้ ไม่ตรงกับความต้องการ ของผู้ใช้งาน,ความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลมาก ขาดการจัดการข้อมูลที่ดี,บุคลากร ในระดับพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลไม่ถูกต้อง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลน้อย และได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ได้ดังนี้

ลำดับที่ 1 อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่ทันสมัยและไม่เพียงพอ

ลำดับที่ 2 ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตไม่เสถียร

ลำดับที่ 3 บุคลากรมีภาระบันทึกข้อมูลมาก,ใช้ระยะเวลามาก

ลำดับที่ 4 ข้อมูลที่ได้ ไม่ตรงกับความต้องการ ของผู้ใช้งาน

ลำดับที่ 5 บุคลากร ในระดับพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลไม่ถูกต้อง และใช้ประโยชน์ข้อมูลน้อย

2. การพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ : โดยการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ในด้านการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม(PRA)และการสร้างอนาคตร่วมกัน(future search conference : FSC) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 65 คน ระยะเวลา 1วัน เพื่อทบทวนกำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดการคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล43แฟ้ม) ร่วมกันวิเคราะห์ถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุขไปใช้ในการวางแผนและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในแต่ละระดับ และร่วมกันออกแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการจัดการคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบจัดการคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ โดยเห็นว่าหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับต้องมีกระบวนการจัดการคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้ กำหนดแฟ้มหลักที่ต้องดำเนินการตรวจสอบให้ถูกต้องกำหนดแนวทางในการตรวจสอบข้อมูล ก่อนการส่งออกฐานข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ด้วยโปรแกรม QC_DATA _NAKHONNAYOK, ควรพัฒนาบุคลากรด้านการจัดการคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกจัดอบรม,การวางแผนจัดหาอุปกรณ์เครื่อง

คอมพิวเตอร์ และระบบอินเตอร์เนต ให้วิเคราะห์และจัดทำแผนจัดหาทดแทนและเพิ่มเติมในรูปแบบของ คปสอ, กำหนดให้มีการวิเคราะห์และนำเสนอผลการตรวจสอบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ควบคู่กับการประเมินผลตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายกเดือนละ 1 ครั้ง ในการประชุม คปสอ. และ กวป. ประจำเดือน,การกำหนดให้การดำเนินงานวางแผนยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) เป็นข้อมูลสถานการณ์ในการวางแผนงานโดยในการจัดทำแผนพัฒนากำหนดกิจการการพัฒนาดังตารางที่ 1

3. ผลการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) เพิ่มมากขึ้นคือมีความรู้ในระดับมาก จากร้อยละ 23.10 เป็น ร้อยละ 72.31 คุณภาพข้อมูลมีความครบถ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 97.89 เป็นร้อยละ 99.87 มีความถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 97.61 เป็นร้อยละ 99.89 มีความทันเวลา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.12 เป็นร้อยละ 86.37 การให้รหัสโรคที่ผิดพลาดในระบบข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ปี 2561 และ 2562 จากการพัฒนา พบว่า ข้อมูลการให้รหัสโรคที่ผิดพลาดในระบบข้อมูล การแพทย์และสุขภาพ ในหัวข้อ การให้รหัส S และ T ในผู้ป่วยรายใดต้องให้รหัสสาเหตุภายนอกร่วมด้วยเสมอ ลดลงจาก ร้อยละ 26.98 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 10.19 ในปี 2562 การให้รหัสผู้ที่มารับบริการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยเป็น ผู้ป่วยนอก ที่รพ.สต.จะต้องไม่มี รหัส Z เป็นรหัสโรคอื่นๆ ร่วมยกเว้น Z11.0 - Z13.9 ลดลงจาก ร้อยละ 4.67 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 3.88 ในปี 2562

อภิปราย

ผลการศึกษาและพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพเพื่อการประเมินแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครนายก มีประเด็นที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1. สถานการณ์ และสภาพปัญหาการดำเนินงานระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ของจังหวัดนครนายก พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ขาดแคลนบุคลากรในการบันทึก, ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้บันทึกข้อมูล, การ Update version ของ Program, ไม่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน, บุคลากรมีภาระบันทึกข้อมูลมาก,ใช้ระยะเวลามาก, ขาดการอบรมในการใช้ฐานข้อมูลที่เพียงพอและครอบคลุม, ขาดการพัฒนาเชิงความรู้ความสามารถอย่างเป็นระบบ, อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่ทันสมัยและไม่เพียงพอ,ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตไม่เสถียร,ระเวลาในการส่งช้า ใช้เวลานาน,ข้อมูลที่ได้ ไม่ตรงกับความต้องการ ของผู้ใช้งาน,ความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลมาก ขาดการจัดการข้อมูลที่ดี,บุคลากร ในระดับพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลไม่ถูกต้อง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์พงศ์ พายุหะ(2561:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความเหมาะสม ผลการศึกษา พบว่าปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรน้อยไม่เพียงพอในการบันทึกข้อมูล บุคลากรขาดความรู้ความชำนาญในการลง

ระบบข้อมูลแต่ละแห่งแต่ละคนมีศักยภาพไม่เท่ากัน มีความสามารถแก้ปัญหาด้านโปรแกรมน้อยเมื่อมีข้อผิดพลาดไม่สามารถแก้ไขได้ บุคลากรมีภาระบันทึกข้อมูลมากใช้ระยะเวลามาก ขาดการอบรมในการใช้ฐานข้อมูลที่เพียงพอและครอบคลุม ขาดการพัฒนาเชิงความรู้ความสามารถอย่างเป็นระบบ จนท.ผู้รับผิดชอบย้ายบ่อยต้องเริ่มใหม่ งบประมาณสนับสนุนด้านระบบข้อมูลน้อยไม่เพียงพอ งบประมาณในการจัดหาครุภัณฑ์และการจ้างไม่เพียงพอ คอมพิวเตอร์และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่ทันสมัยการขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างคอมพิวเตอร์และวัสดุอุปกรณ์มีความยุ่งยากในขั้นตอนการขออนุมัติ ความล่าช้าและการชี้แจงโปรแกรมไม่ชัดเจน มีความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลมาก ขาดการจัดการข้อมูลที่ดี การข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ได้น้อย จนท.บันทึกทั้งในและนอกเวลาราชการทำให้งานภาคชุมชนทำงานน้อยลง มีแฟ้มข้อมูลปริมาณมาก ซับซ้อนหลายขั้นตอนทำให้ใช้เวลามากในการบันทึกข้อมูลแต่ละครั้ง การชี้แจงโปรแกรมไม่ชัดเจนไม่ทั่วถึง มีการปรับปรุงอัพเดทบ่อยทำให้ผู้ใช้ตามไม่ทันไม่เข้าใจการใช้งาน โปรแกรมไม่เสถียรไม่มีตัวอัพเดทเวอร์ชั่นใหม่ และรติยา วิภักดิ์, นิรุวรรณ เทรินโบล์ และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา(2560:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.จตุรพักตรพิมาน จ.ร้อยเอ็ด พบว่า ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล ได้แก่ นโยบายที่ไม่ชัดเจนมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดการนิเทศติดตาม ด้านอุปกรณ์ที่ไม่ทันสมัย ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตไม่เสถียร บุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อภาระงาน และโปรแกรมที่มีความหลากหลายในการบันทึกข้อมูล

2. การพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ: จากกระบวนการศึกษาพบว่าในการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพให้มีคุณภาพต้องมีการกำหนดแฟ้มหลักที่ต้องดำเนินการตรวจสอบให้ถูกต้องกำหนดแนวทางในการตรวจสอบข้อมูล ก่อนการส่งออกฐานข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ด้วยโปรแกรม QC_DATA _NAKHONNAYOK ควรพัฒนาบุคลากรด้านการจัดการคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกจัดอบรม,การวางแผนจัดหาอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ และระบบอินเตอร์เนต ให้วิเคราะห์และจัดทำแผนจัดหาทดแทนและเพิ่มเติมในรูปแบบของคปสอ,กำหนดให้มีการวิเคราะห์และนำเสนอผลการตรวจสอบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ควบคู่กับการประเมินผลตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายกเดือนละ 1 ครั้ง ในการประชุม คปสอ.และกวป.ประจำเดือน,การกำหนดให้การดำเนินงานวางแผนยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม) เป็นข้อมูลสถานการณ์ในการวางแผนงาน โดยจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ รุ่งทิวา พานิชสุโข (2558:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูล ได้แก่ ด้านบุคลากร มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดทำข้อมูล มีความรู้เรื่องโครงสร้างแฟ้ม ได้รับการอบรม มีความรับผิดชอบ และละเอียดรอบคอบ มีจำนวนบุคลากรและภาระงานที่เหมาะสม ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีเพียงพอ มีคุณภาพและทันสมัย ด้านการบริหารจัดการผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการติดตามกำกับ สนับสนุนให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง มีการตรวจสอบ

ความครบถ้วนของข้อมูล และพินิจ ฟ้าอำนวยผล(2561:บทคัดย่อ) ได้จัดทำโครงการวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศแบบบูรณาการ เพื่อสนับสนุนบริการปฐมภูมิ จากชุดข้อมูลมาตรฐานเป็นงานวิจัยและพัฒนา เริ่มต้นจากการทบทวนชุดข้อมูลมาตรฐานที่มีการส่งออกมาจากสถานบริการปฐมภูมิ ทบทวนกระบวนการให้บริการและบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ ตามชุดข้อมูลมาตรฐาน รวมทั้งสรุปปัญหาคุณภาพของข้อมูลที่ส่งออกมา หลังจากนั้นจึงทำการเลือกแฟ้มข้อมูลมาตรฐานที่มีความสำคัญ นำมาออกแบบและพัฒนาเครื่องมือสารสนเทศในการนำเข้าข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และแสดงผลข้อมูล ร่วมกับกระบวนการบันทึกข้อมูลจัดการข้อมูล

3. ผลการพัฒนา การพัฒนาศักยภาพโดยใช้กลยุทธ์การพัฒนา 3 ประการ คือ การชี้นำ (advocacy) การเพิ่มความสามารถ (enabling) และการไกล่เกลี่ย (mediating) สามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ส่งผลให้ข้อมูลในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ สุวิมล ปานะชา(2562:1-7) พบว่ากระบวนการพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของจังหวัดสุพรรณบุรี ส่งผลให้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพองค์กรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องของกองทุนสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของจังหวัดสุพรรณบุรีดีขึ้นจากระดับต้องปรับปรุง เป็นระดับที่มีศักยภาพดี

สรุปผล

การดำเนินการการวิจัยเพื่อการพัฒนา(R&D) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สามารถทำให้คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ มีความถูกต้อง ครบถ้วนเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปใช้ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครนายกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การที่หน่วยงานต่างๆของรัฐ จะดำเนินการพัฒนาองค์กรหรือพัฒนาระบบ ควรมีการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้เข็มแข็งก่อน เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียจะได้มีศักยภาพในกระบวนงานและนำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรมีการติดตาม การนำเสนอคุณภาพของคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพในการประชุมของคณะกรรมการบริหารทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

2) ควรใช้ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ ในการประเมินและวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพทุกระดับ เพื่อทำให้ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในทุกด้าน

เอกสารอ้างอิง

คำมูล แก้วชัยภูมิ.2561.**การพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลสารสนเทศ จังหวัดชัยภูมิ.** ชัยภูมิเวชสาร. (ปีที่ 38 ฉบับที่ 2).

มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ.2560.**การวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลการให้รหัสโรค (ICD-10-TM) ในคลังข้อมูลสุขภาพ**.วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาปีที่ 3 ฉบับที่ 2,2560.

พินิจ ฟ้าอำนวยผล .2561.**โครงการวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศแบบบูรณาการเพื่อสนับสนุนบริการปฐมภูมิจากชุดข้อมูลมาตรฐาน (ปีที่ 2).** คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สุมาลี อินไชย.2561.**ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกในโปรแกรม HOSXP PCU โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำกิ ตำบลผาทอง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน.** ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ด้านสุขภาพ.

พิทักษ์พงศ์ พายุหะ.2561.**การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.** กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

รติยา วิภักดิ์, นิรุวรรณ เทรินโบล์ และ เสฐียรพงษ์ ศิวินา.2560.**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.จตุรพักตรพิมาน จ.ร้อยเอ็ด**.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 4 ฉบับพิเศษ เมษายน 2560.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.2559.**ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4 ปี** (พ.ศ.2555 – 2558).

สุวิมล ปานะชา .2562.**การพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสุพรรณบุรี**.วารสารแพทย์เขต 4-5, ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2562.

จอมขวัญ โยธาสมุทร,พิมพรรณ ลาภเจริญและณัฐธิดา มาลาทอง.2561.**รายงานการทบทวนระบบและกลไกการติดตามและประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศต่างๆโครงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย**. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

Burton Grad, Thomas J. Bergin. **Guest Editors' Introduction: History of Database Management Systems.** IEEE Annals of the History of Computing. 2009.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

The development of a model of Tambon health management model implementation by community participation Na Bua Sub-district, Phen District, Udon Thani Province

*ปราณี พระโรจน์**

บทคัดย่อ

ตำบลจัดการสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบและถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ประชากร คือ ผู้นำชุมชน องค์กรรัฐ ผู้บริหารท้องถิ่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำทางศาสนา ทั้งหมด 305 คน คำนวณขนาดอย่างได้ 109 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน และ Cronbach’s Alpha coefficient ในการทดสอบค่าความเที่ยง ด้านความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ เท่ากับ 0.84 และ 0.89 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ pair t-test **ผลการวิจัย :** พบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสื่อข้อมูล 2) การใช้ข้อมูล 3) การติดอาวุธทางปัญญาด้วยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ร่วมกระบวนการ 4) การระดมทุนทางสังคมที่มีอยู่มาใช้ให้เต็มศักยภาพ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจน

....

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี*

กระบวนการ รวมถึงการออกแบบวิธีการ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมาย มีความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพหลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม และทุกขั้นตอน ดังนั้นจึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานไปในทิศทางที่ดี นำไปสู่รูปแบบ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมด้านสุขภาพ

สรุปผล : รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบครั้งนี้ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือในชุมชนมีบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นผู้นำชุมชนที่มีอิทธิพลทางความคิด สามารถนำคนในชุมชนให้ไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความเชื่อมั่น และเสริมกระบวนการการสร้างการทีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง และยั่งยืน

คำสำคัญ : ตำบลจัดการสุขภาพ,การมีส่วนร่วมแกนนำชุมชน

Abstract

Background: Health management sub-district is a health building process that focuses on the development of the role of the local people and all local sectors that are integrated together to help find or define health problems, determine the future, carry out health development activities and social measures. Including various innovations by oneself with determination, willingness, with public awareness By focusing on the process of participation and learning together To achieve continuous and sustainable development

Objective: 1) To study the situation of health management development of Na Bua Sub-district, Phen District, Udon Thani Province, 2) To study the results of Tambon health management development, model and remove lessons of success factors, and 3) To develop the model of Tambon health management model by community participation.

Method: The research model is action research based on the concept of Kemmis and McTaggart (1988). The population is community leaders, government organizations, local administrators, community leaders, health volunteers (VHV), all 305 religious leaders. A total of 109 people performed simple random sampling. The tools used for data collection were questionnaires and group discussions. Which passed the content validity test from 5 experts and Cronbach's Alpha coefficient in testing the knowledge reliability and participation in health management operation of 0.84 and 0.89 respectively. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum and pair t-test.

Result: The result reveals the development procedure are consist of five steps as follows 1) Data Communications 2) Data usage 3) Equipping the knowledges of participants through learning forum 4) Social capital raising with full potential 5) Development of participants

and stakeholders entire procedure. Resulting in behavior changes in the target audience Having knowledge and participation in the implementation of the health management sub-district after the operation had a significantly higher mean than before the operation (p-value <0.001) and there was a change in the public policy creation process at good The community participates in all activities. And every step Therefore, resulting in operational changes in a good direction Lead the model Appropriate health practices

Conclusion: This Health Management Subdistrict procedure development form has head villagers and community keypersons as the successful key factor. They influence and lead local people to the same direction with full confidences and they can promote the procedure with collaboration and sustainable.

Key words: Health Management Subdistrict, collaboration, head villagers and community keypersons

ความเป็นมา:

ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการเป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน จะต้องอาศัย ปัจจัยด้านการศึกษา (Education) และการเสริมพลังทางปัญญา (Empowerment) แก่ประชาชน ด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานจากวิถีการให้บริการเป็นหลักไปเป็นวิถี แห่งการพัฒนาหรือการจัดการ (Development approach) เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเอง ในเรื่องการสร้างสุขภาพ (Health Promotion) และป้องกันโรค (Health Prevention) “ตำบลจัดการสุขภาพ” เป็นการรวบยอดงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นระบบและกระบวนการของการดำเนินงานของชุมชน ที่กำหนดขึ้น ดำเนินการโดยชุมชน และวัดผลสำเร็จด้วยตัวชุมชนเอง ทั้งนี้หน่วยงาน ภายนอกมีหน้าที่ให้การส่งเสริมและสนับสนุนกลไกที่เอื้อต่อการทำงานหรือพัฒนางาน (กองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน, 2557)

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบริบทต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางกลยุทธ์ มาตรการและการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้กลุ่มประชาชนมีสุขภาพดีสามารถดูแลตนเองและดูแลสุขภาพพื้นฐานได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท การดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาในการทำงาน การพัฒนา

รูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบที่เหมาะสม ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 20 อำเภอ 156 ตำบลมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 233 แห่ง แบ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 4 แห่ง สังกัดโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลอำเภอจำนวน 19 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 210 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2561) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเรื่องรูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัด เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยในการพัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบและถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการและเทคนิคการออกแบบการศึกษา:

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ประชากร คือ ผู้นำชุมชน องค์กรรัฐ ผู้บริหารท้องถิ่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำทางศาสนา ทั้งหมด 305 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีประมาณค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2551) ตามสูตร

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{(N-1)d^2 + Z^2\sigma^2}$$

ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 109 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล :

การศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ตำบลจัดการสุขภาพ ได้แก่ เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบประเมินตำบลจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ประเมินสถานการณ์การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบสอบถาม ด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของแกนนำ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ข้อมูลด้านบริบทและ ศักยภาพชุมชน เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สุขภาพ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ ด้านนโยบายการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโครงสร้างการดำเนินงานใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงาน ของ องค์กรท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล แกนนำชุมชน ใช้การสนทนากลุ่ม(Focus group)ผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่นอสม. และแบบสัมภาษณ์ผู้รู้ข้อมูลสำคัญ (Key informants)เพื่อเก็บข้อมูลระดับการมีส่วนร่วม การรับรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ

การวิเคราะห์ทางสถิติ :

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version10 Texas USA 2007 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยใช้เทคนิคทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

กรณีข้อมูลแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)และอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติงานในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ pair t-test ในการเปรียบเทียบระดับ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ก่อนและหลังการดำเนินงาน

การพิจารณาทางจริยธรรม :

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (หมายเลขอ้างอิง UDREC 0463)

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสถานะทางเศรษฐกิจสังคม ของกลุ่มตัวอย่างตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมด 109 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 53.2 อายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.9 อายุเฉลี่ย 49.25 ปี (S.D. = 7.22) อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 79.8 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 95.4และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 84.4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่หลักในชุมชนเป็น อสม. ร้อยละ 60.6 โดยมีระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชน เป็นเวลา 5-10 ปี ร้อยละ 44.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (n=109)

คุณลักษณะส่วนบุคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	58	53.2
หญิง	51	46.8
2. อายุ (ปี)		
21 - 30 ปี	2	1.8
31 - 40 ปี	13	11.9
41 - 50 ปี	44	40.4
51 - 60 ปี	50	45.9
(Mean = 49.25 ปี, S.D.= 7.22 ปี, Minimum = 28 ปี Maximum = 60 ปี)		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	10	9.2
คู่	87	79.8
หม้าย/หย่า/แยก	12	11.0
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	5	4.6
ต่ำกว่า ปริญญาตรี	104	95.4
5. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ		
เคย	92	84.4
ไม่เคย	17	15.6
6. บทบาทหน้าที่หลักในชุมชน		
ผู้บริหารท้องถิ่น	32	29.3
ผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน	11	10.1
อสม.	66	60.6
ระยะเวลาการทำงานตามบทบาทหน้าที่หลักในชุมชนนี้(ปี)		
<5 ปี	21	19.3
5-10 ปี	49	44.9
>10 ปี	39	35.8

2. จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับ การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ โดยแกนนำชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญจังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการดำเนินงานพบว่า ระดับความรู้ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 14.33, p <0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ก่อนดำเนินงานและหลังดำเนินการตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (n=109)

ความรู้	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ความรู้ก่อนดำเนินงาน	10.81	1.50	14.33	<0.001*
ความรู้หลังดำเนินงาน	14.38	1.53		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพโดยแกนนำชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการดำเนินงานพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวม ก่อน และหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 10.52) เมื่อเปรียบเทียบในระดับรายด้านพบว่าการมีส่วนร่วมมากที่สุดหลังการดำเนินการคือ การมีส่วนร่วมในการได้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา (Mean = 4.15, S.D. = 0.17) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล(Mean = 4.06, S.D. = 0.10) และการวางแผนแก้ไขปัญหา (Mean = 4.02, S.D. = 0.15) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพโดยแกนนำชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (n=109)

การมีส่วนร่วม	**ก่อน**		**หลัง**		**t**	**p-value**
	Mean	**S.D**	**Mean**	**S.D**		
การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา	3.53	0.17	3.98	0.12	8.78	<0.001*
การวางแผนแก้ไขปัญหา	3.77	0.20	4.02	0.15	10.41	<0.001*
การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา	3.79	0.24	4.15	0.17	10.27	<0.001*
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.81	0.30	4.06	0.10	10.88	<0.001*
ภาพรวม	3.78	0.11	4.05	0.13	10.52	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เหมาะสม จำเป็นต้องดำเนินการทั้งสิ้น 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการด้านการวางแผน เป็นกระบวนการในการศึกษา บริบทของชุมชน กระบวนการด้านการดำเนินงาน เป็นกระบวนการในการปฏิบัติตามแผนงานรวมทั้งการประชุมแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินการในการปรับเปลี่ยนแผนงานตามความเหมาะสม การติดตามเป็นการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน การสะท้อนปัญหาเป็นกระบวนการในการถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีมีการดำเนินงานโดยชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร การดำเนินงาน การประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน และทุกคนได้ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เช่น 1) การประเมินสถานการณ์ ในแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) การพัฒนาต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนทุกฝ่าย 4) การพัฒนาต้องเป็นแบบพึ่งตนเองและพอเพียง

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีกระบวนการรวมพลังของชุมชน ท้องถิ่นมาบูรณาการให้เกิดทิศทางการทำงานที่สอดคล้องกัน และการสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพของภาคส่วน ต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนที่อยู่ในระดับตำบล ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหา การศึกษาข้อมูลมาจัดทำแผนงานแบบบูรณาการ ดำเนินการตาม แผน ติดตามประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เน้นการการรักษาสิ่งแวดล้อมตลอดจนการ แก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน โดยมีกระบวนการและขั้นตอนโดยรวม ดังนี้

1. สร้างกลไกเพื่อการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล ได้แก่
    - 1.1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนเชิงบูรณาการ
    - 1.2 มีทีมจัดการสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาศักยภาพ
    - 1.3 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ชัดเจน
    - 1.4 มีการบันทึกลงนามความร่วมมือ (MOU) ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
    - 1.5มีการกำหนดนโยบายสาธารณะ วาระของตำบล และการสื่อสารทำความเข้าใจ
2. กระบวนการจัดทำแผนเชิงบูรณาการแบบมีส่วนร่วมได้แก่
    - 2.1 มีการสรุป วิเคราะห์ ข้อมูล สถานการณ์ สภาพปัญหา
    - 2.2 มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมของตำบลเชิงบูรณาการแบบมีส่วนร่วม
    - 2.3 มีการจัดเวทีประชาพิจารณ์ และการเจรจาภาคีแผนพัฒนาสุขภาพ
    - 2.4 ตำบลมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจแผนพัฒนาสุขภาพ
    - 2.5 ตำบลมีกระบวนการในการร่วมดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพ
3. การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้
    - 3.1 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ชุมชน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ
    - 3.2 แต่ละชุมชนได้รับการกำกับติดตามประเมินผล

3.3 มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ

3.4 มีการจัดทำสรุปกระบวนการและถอดบทเรียนการดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพ

3.5 มีการสรุปผลลัพธ์ของการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ

4. การวัดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนารูปแบบตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนรวมของชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของประชาชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การดำเนินการโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็น Key success ที่สำคัญในกระบวนการ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มแกนนำได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน มีการร่วมมือร่วมใจกันกำหนดเป้าหมายหรือผังจุดหมายปลายทางของการดำเนินงานอย่างชัดเจน

2. การใช้เทคนิคการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาเป็นเครื่องมือ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

3. ภาคีเครือข่ายหลายหน่วยงาน เช่น แกนนำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานศึกษา ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาชุมชนและเข้ามา มีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการ

4. การจัดกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ทำให้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

5. หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด ได้ให้ความสำคัญและ สนับสนุนการดำเนินงานรวมทั้งร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพรายข้อ พบว่าด้านการค้นหา ปัญหาและสาเหตุของปัญหา ข้อที่ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้มีส่วนร่วมในการออกเสียงสนับสนุนคัดเลือกปัญหาสุขภาพในชุมชน (Mean = 3.92, S.D. = 0.67) รองลงมาคือ ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Mean = 3.88, S.D. = 0.69) และ ท่านได้มีส่วนร่วมในการประชุมระดมความคิด ค้นหาปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน (Mean = 3.87, S.D. = 0.74) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านได้มีวนร่วมในการค้นหาข้อมูลการเสนอปัญหาและความ ต้องการในการแก้ปัญหา (Mean = 3.62, S.D. = 0.77) สอบคล้องกับการศึกษาของ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ (2561)

2. ด้านการวางแผนแก้ไขปัญหาข้อที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุด คือ ท่านได้เข้าร่วมดำเนินการกำหนดทางเลือกเพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน (Mean = 3.95, S.D. = 0.73) รองลงมาคือ ท่านได้มีส่วนร่วมในการระดมทุน หรือบริจาค หรือสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพ (Mean = 3.92, S.D. = 0.81) และท่านได้มี ส่วนร่วมในการชักชวนภาครัฐ ภาคเอกชน เข้ามาร่วม กิจกรรม (Mean = 3.91 , S.D. = 0.75) ส่วนรายข้อที่มี ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร

ที่จะใช้ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพใน ชมุชน (Mean = 3.54, S.D. = 0.82) สอบคล้องกับการศึกษา ของ พรรณวรดา สุวัน (2556)

3. ด้านการมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ในการ แก้ไขปัญหารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้มีส่วนร่วม ในการถ่ายทอดการทำงานการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ (Mean = 4.00, S.D. = 0.73) รองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ (Mean = 3.88, S.D. = 0.75) และท่านมีส่วนร่วมในการนำแบบอย่างที่ดีในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอื่นๆ (Mean = 3.67, S.D. = 0.85) ส่วนรายข้อที่มี ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านมีส่วนร่วมได้รับการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (Mean = 3.66, S.D. = 0.83) สอบคล้องกับการศึกษาของ รัชนีวิภา จิตรากุล และคณะ (2559)

4. ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยรวม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวม อยู่ใน ระดับมาก (Mean = 3.72, SD = 0.11) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีส่วนร่วมมากที่สุดได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Mean = 3.81, SD = 0.30) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาและการวางแผนแก้ไขปัญหา (Mean = 3.79, SD = 0.24) ส่วนด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.53, SD = 0.17) สอดคล้องกับ การศึกษาของ สมประสงค์ ปิวไธสง (2555) และรัชนีวิภา จิตรากุล และคณะ (2559)

5. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ขั้นเตรียมการ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนา ตำบลจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำหนดเป็น โครงการต่างๆได้ ทำให้ประหยัดงบประมาณ และระยะเวลา ดำเนินงาน โดยอธิบายขั้นตอนการเขียนแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ 7 ขั้นตอน คือ (1) วิเคราะห์บริบทหรือสถานการณ์ (2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง (3) สร้างแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ฉบับหลัก (4) สร้างแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (5) การนิยามเป้าประสงค์และกำหนด ตัวชี้วัดรายประเด็น (6) สร้างแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการย่อย (7) การถ่ายระดับไปสู่การปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนีวิภา จิตรากลุ และคณะ (2559)

6. รูปแบบการดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาปัญหาและบริบทของชุมชน (S = Study) วัดผลก่อนการดำเนินงาน (E = Evaluation) วางแผนการดำเนินงาน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (S = SRM) ปฏิบัติตาม แผนปฏิบัติการ (O = Operating) ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน (F = Follow up) วัดผลหลังการดำเนินงาน (R = Results) และการสรุปและถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน (S = Summary) สอดคล้องกับแนวคิดของ (Jolley, Lawless and Hurley, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูมิสัญญะวิชัย (2555).

ข้อสรุป

รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบครั้งนี้ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ ในชุมชนมีบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเป็นผู้นำชุมชนที่มีอิทธิพลทางความคิด สามารถนำคนในชุมชนให้ไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความเชื่อมั่น และเสริมกระบวนการการสร้างการทีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน รวมถึงผู้บริหาร อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อนร่วมงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีที่สนับสนุนการทำวิจัยจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยขน์ต่อการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพให้มีการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

พรรณวรดา สุวัน. (2556). การเรียนรู้การดำเนินโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนการสอนตามกรอบแนวคิดการเรียนรู้จากตัวแบบ: กรณีศึกษาบ้านวัวข้อง ตำบลบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. Naresuan University Journal, 30-38.

ภูมิ สัญญะวิชัย. (2555). กลยุทธ์การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพขององค์กรภาคประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการวิจัย กาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 8(1), 203-216

รัชนีวิภา จิตรากลุ และคณะ. (2559). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม . วารสารช่อพะยอม. 26(2), 195-208.

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์. (2561). รูปแบบการจดัการสุขภาพของผสู้งูอายุเชิงพุทธบูรณาการ : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวง รอบที่ 2/2561. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; (2561).

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2551). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Jolley, G., Lawless, A., & Hurley, C. (2008). Framework and tools for planning and evaluating community participation, collaborative partnerships and equity in health promotion. Health Promotion Journal of Australia, 19(2), 152-157.

ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด

The Effect of Promoting Healthy Behavior of Pregnant Women on The Weight of Newborns.

*สุภา สรรพานิช **

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coeffient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) แต่ด้านโภชนาการและด้านกิจกรรมทางกายไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อย ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพ ในคลินิกฝากครรภ์ที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ควรนำโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการไปใช้เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์, น้ำหนักทารกแรกเกิด

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ จังหวัดอุตรดิตถ์*

Abstract

This research was a quasi-experimental research to study the effects of promoting healthy behavior of pregnant women on the weight of newborns. The samples were pregnant women who attended the antenatal clinic. Antenatal clinic Wang Kapee Health Promotion Hospital, amount 30 people. The research instruments consisted of a health behavior questionnaire of pregnant women. Mother and Child Health Notebook The health behavior record form and the health behavior promoting program of pregnant women. Check accuracy (Reliability) of the health behavior questionnaire of pregnant women using the Cronbach's alpha coeffient alpha coefficient. The reliability was .86. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results showed that after the experiment, the health behavior of pregnant women of pregnant women as a whole Health responsibility Stress management Interaction was higher than before the experiment (p <.05) but nutrition and physical activity were not different (p> .05) and 1 newborn baby weighing less than 2,500 grams (3.33%). The results of this research showed

that the program for promoting healthy behavior of pregnant women Affects the growth of the fetus and the weight during pregnancy of pregnant women with low body mass index. Therefore, health personnel In an antenatal clinic in a context similar to the sample in this study, nutrition promotion programs should be used to promote fetal growth.

Keywords: health behavior promoting program, pregnant women, newborn weight

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight: LBW) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม(WHO, 2012) ทารกกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในระยะขวบปีแรกมากกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายให้มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทั่วโลกได้ไม่เกินร้อยละ 10 จากการสำรวจพบว่า อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 15 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (WHO, 2012) สำหรับประเทศไทย พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 8.5 และร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2555- 2556 ถึงแม้ว่าจะต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 72 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อทารก มารดา ครอบครัว และประเทศชาติ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ เช่น หายใจลำบาก ติดเชื้อ ลำไส้เน่า และเลือดออกในสมอง เป็นต้น ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา-ทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอาจมีปัญหาทุพโภชนาการพัฒนาการล่าช้าทั้งด้านการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ และมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเบาหวาน และหลอดเลือดสมองอุดตัน (Barker DJP, 2008) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ได้แก่ น้ำหนักตัวของแม่ก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูงของแม่ น้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์และการศึกษาในประเทศไทย พบว่าปัจจัยภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อยก่อนการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายน้อย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อย การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสมและภาวะโภชนาการไม่ดี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2555)

ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขในร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข : 2555) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ให้อยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 7 และอัตราตาย ทารกไม่เกิน 15 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ซึ่งในปัจจุบันจะพบปัญหาการถูกร้องเรียนและการฟ้องร้องมากขึ้น การที่จะช่วยเหลือหรือบริหารความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ปัจจัยที่สำคัญนอกจากบุคลากรทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพแล้ว ควรคำนึงถึงปัจจัยของผู้ใช้บริการด้วย โดยพยายามให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด (วิทยา ถิฐาพันธ์ และคณะ, 2553) ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยการที่สังคมมีจิตสำนึก หรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดีและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender : 1987) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งกระบวนการส่งเสริมสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกแก่กลุ่มคนปกติที่ยังไม่เจ็บป่วย และเป็นการลงทุนต่ำและมีประสิทธิภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวไว้ว่าบุคคลจะกระทำกิจกรรมใดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม ซึ่งรูปแบบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้านของเพนเดอร์ ประกอบด้วยความรับผิดชอบต่อสุขภาพกิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งถ้าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครบถ้วนถูกต้องก็จะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพ

ของหญิงตั้งครรภ์และทารกให้แข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการปฏิบัติพฤติกรรม หญิงตั้งครรภ์ควรเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านต่างๆ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองและทารก โดยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefit of action) บุคคลจะกระทำกิจกรรมพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมีความเชื่อหรือมีความคิดว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรม นั้นมีประโยชน์เป็นสิ่งที่ดีต่อตนหรือเมื่อกระทำแล้วจะทำให้ตนได้รับสิ่งที่ดี (Pender, 2006)

ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดของหญิงตั้งครรภ์ที่ที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข ต่อไป

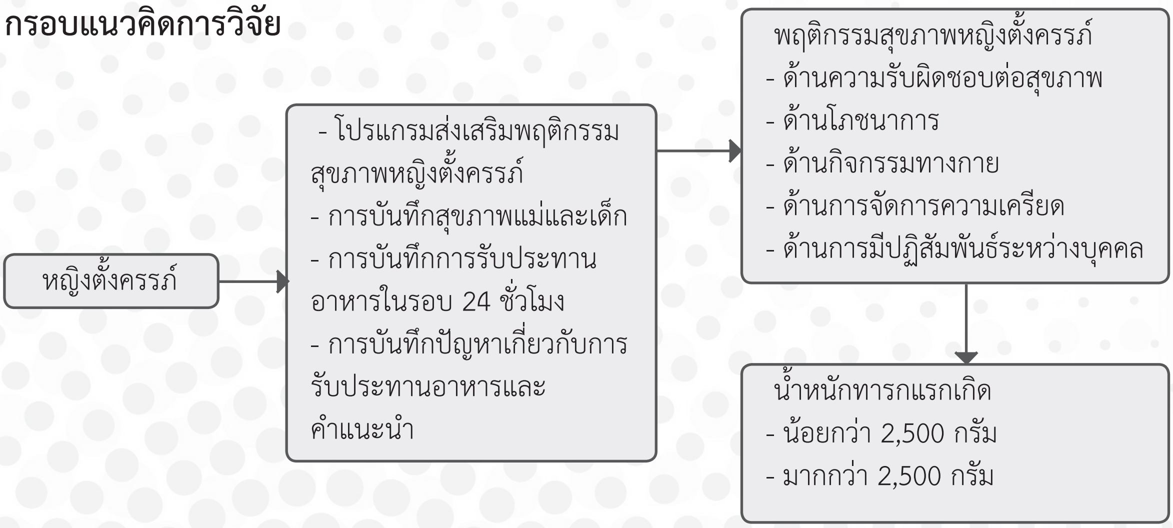
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง
2. น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม น้อยกว่า ร้อยละ 7

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group Pretest Posttest Design) ประชากรที่นำมาศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 จำนวน 63 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการวิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1988) โดยแทนค่า Effect Size = .50 (ขนาดอิทธิพลปานกลาง) Signifiance criterion (α) =.05 Power (P) =.80 นำมาเปิดตารางสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มอีก 15 % จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์ตามธรรมชาติ 2) อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 20 สัปดาห์ 3) ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์หรือขณะตั้งครรภ์ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำไปปฏิบัติ ประกอบด้วย (1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (2) ด้านโภชนาการ (3) ด้านกิจกรรมทางกาย (4) ด้านการจัดการความเครียด (5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์รายกลุ่มและรายบุคคลด้วยการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกัน

1.2 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นสมุดประจำตัวด้านสุขภาพอนามัย สำหรับสตรีตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดและสำหรับบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี (อายุต่ำกว่า 6 ปี) โดยคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้

1.3 แบบบันทึกการรับประทานอาหารในรอบ 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินชนิด ปริมาณและความหลากหลายของการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

1.4 แบบบันทึกปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและคำแนะนำ เป็นแบบบันทึกที่ใช้ในการบันทึกปัญหาของการรับประทานอาหารในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและวิธีการแก้ไข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม “พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด” ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร ใครเป็นผู้ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 67) ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน รวม 36 ข้อ โดยแบ่งเนื้อหาเป็น (1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ (2) ด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ (3) ด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 7 ข้อ (4) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 8 ข้อ (5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ/เกิดขึ้นเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติ/เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ/ไม่เคยเกิดขึ้นเลย (1 คะแนน) ตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Index of Item Congruence: IOC) ได้ค่าความสอดคล้อง .71 - 1.00 ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยพิจารณาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coeffient) ค่าความเที่ยงได้ .86 การแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ จำแนกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับดี (ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.51 – 3.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.51 – 2.50) ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00 – 1.50)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานขอความร่วมมือจากพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ เพื่อขอข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อย และมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 23 คน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และการทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล (อายุครรภ์ที่ 16-20 สัปดาห์) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และขอข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของหญิงตั้งครรภ์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ผู้วิจัยอธิบายวิธีบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย (1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (2) ด้านโภชนาการ (3) ด้านกิจกรรมทางกาย (4) ด้านการจัดการความเครียด (5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในแต่ละวันพร้อมทั้งแจกสมุดบันทึกและดินสอให้กลับไปบันทึกพฤติกรรมที่บ้าน และกำหนดวันนัดพบเป็นครั้ง2 ที่บ้าน

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่บ้าน (อายุครรภ์ที่ 17-21 สัปดาห์) เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์มีกิจกรรมดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจด้วยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์โปรแกรมวิธีการดำเนินการ การประเมินผลและเชื้อเชิญให้ครอบครัวถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบในการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ

2.2 การค้นหาความจริงเกี่ยวกับการเพิ่มน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ โดยให้หญิงตั้งครรภ์เล่าความเชื่อและการปฏิบัติด้านโภชนาการ เพื่อวิเคราะห์บริบท/ความเชื่อ/พฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกันกับหญิงตั้งครรภ์ทั้งชนิดและปริมาณที่ได้รับในแต่ละวันเปรียบเทียบกับข้อปฏิบัติการกินอาหารของหญิงตั้งครรภ์ปกติ และภาพชุดอาหารทดแทนในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก สรุปปัญหา/ศักยภาพ/ความต้องการด้านโภชนาการและวางแผนการส่งเสริมโภชนาการร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ชื่นชมในจุดแข็งและศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติด้านโภชนาการ

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การส่งเสริมโภชนาการ ด้วยการถามคำถามให้หญิงตั้งครรภ์คิดเกี่ยวกับอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวันและเพิ่มอาหารที่ควรเพิ่มทั้งชนิดและปริมาณอาหารให้เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ (พร้อมทั้งเพิ่มกล้วยน้ำว้าวันละ 1-4 ผล ไข่วันละ 1-2 ฟอง นมจืดหลากหลายชนิดวันละ 3-4 กล่อง) และให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับจากการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลทุกวันพร้อมทั้งนัดครั้งต่อไปตามวันนัดของแพทย์ที่คลินิก

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลที่คลินิก (อายุครรภ์ที่ 24 - 28 สัปดาห์) เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหาร น้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกในครรภ์จากอัลตร้าซาวน์ โดยการสร้างความรู้สึกมั่นใจในการส่งเสริมโภชนาการเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและพฤติกรรมเพื่อความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม

3.1 การประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์การบริโภคอาหาร ด้วยการถามความคิดเห็น ประสบการณ์ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

3.2 การเชื้อเชิญให้ครอบครัวประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์การส่งเสริมโภชนาการและประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยใช้คำถามเชื้อเชิญให้ครอบครัวประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3.3 การนำบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์มาวิเคราะห์ความเหมาะสมและเพียงพอของการบริโภคอาหาร และสรุปแผนกิจกรรมที่นำไปปฏิบัติต่อไป

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์ (อายุครรภ์ที่ 30-34 สัปดาห์) เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารและผลลัพธ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น น้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์เมื่อเสร็จการปรึกษาเชิงพฤติกรรมแต่ละครั้งให้ผู้วิจัยสะท้อนสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ครอบครัวได้ฟังทำให้ครอบครัวได้รับรู้ ย้อนคิดเกี่ยวกับตนเองจะทำให้เข้าใจปัญหาหรือพฤติกรรมของตนเองชัดเจนขึ้นและสรุปกิจกรรมที่นำไปปฏิบัติต่อไป

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมหลังคลอดที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร น้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดน้ำหนักและความยาวทารกแรกเกิดจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ด้วยสถิติ Paired – t – test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ อายุ 26-30 ปี จบการศึกษาระกับ ปวช./ปวส. ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 40 กิโลกรัม ขึ้นไป ส่วนสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 12 สัปดาห์ น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ระหว่าง 10 – 12. 5 กิโลกรัม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ (100.00)
1. อายุ		
20 – 25 ปี	7	23.33
26 – 30 ปี	20	66.67
31 ปี ขึ้นไป	3	10.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ (100.00)
2. การศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.00
ปวช./ปวส.	17	56.67
ปริญญาตรี	10	33.33
3. อาชีพ		
แม่บ้าน	5	16.67
ค้าขาย	3	10.00
รับจ้าง	2	6.66
เกษตรกรรม	20	66.67
4. การตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	23	76.67
ครรภ์ที่ 2	7	23.33
5. น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์		
น้อยกว่า 40 กิโลกรัม	6	20.00
40 กิโลกรัม ขึ้นไป	24	80.00
6. ส่วนสูงก่อนตั้งครรภ์		
น้อยกว่า 150 เซนติเมตร	5	16.67
150 เซนติเมตร ขึ้นไป	25	83.33
ตารางที่ 7. อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก		
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	28	93.33
12 สัปดาห์ขึ้นไป	2	6.67
8. น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์		
น้อยกว่า 10 กิโลกรัม	1	3.33
10 – 12. 5 กิโลกรัม	18	60.00
มากกว่า 12.5 กิโลกรัม ขึ้นไป	11	36.67

ก่อนการทดลองพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ภายหลังการทดลองพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอยู่ในระดับดี ภายหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลดีกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.13	.42	ปานกลาง	2.52	.41	ดี	3.186	.002 *
โภชนาการ	2.52	.32	ดี	2.68	.31	ดี	1.722	.092
กิจกรรมทางกาย	2.41	.52	ปานกลาง	2.52	.24	ดี	.921	.362
การจัดการความเครียด	2.43	.31	ปานกลาง	2.61	.18	ดี	2.408	.020 *
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.21	.41	ปานกลาง	2.52	.23	ดี	3.162	.002 *
โดยรวม	2.35	.40	ปานกลาง	2.57	.24	ดี	2.261	.028 *

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์รายกลุ่มและรายบุคคลด้วยการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการอภิปรายกลุ่ม พบว่า หญิงตั้งครรภ์คลอดทารกเพศชาย ร้อยละ 60.00 และน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 96.67 น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 3.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ เพศ และน้ำหนักทารกแรกเกิดของหญิงตั้งครรภ์

รายการ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ (100.00)
1. เพศของทารกแรกเกิด		
ชาย	18	60.00
หญิง	12	40.00
2. น้ำหนักทารกแรกเกิด		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	1	3.33
มากกว่า 2,500 กรัม	29	96.67

อภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ อายุ 26-30 ปี การตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 40 กิโลกรัม ขึ้นไป ส่วนสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 12 สัปดาห์ น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ระหว่าง 10 – 12. 5 กิโลกรัม หลังการทดลองทารกแรกเกิดเป็นเพศชาย น้ำหนัก 2,500 กรัม ขึ้นไป พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลดีกว่าก่อนการทดลอง แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการไม่แตกต่างกัน จะเห็นได้วา โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้โดยเพิ่มน้ำหนักของทารกในครรภ์และเพิ่มน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากเป็นโปรแกรมฯ ที่พัฒนามาจากการบูรณาการแนวคิดการจัดการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการของผู้รับบริการ (Assessment) 2) พัฒนาแผนการให้บริการรายบุคคล (Development of a comprehensive service plan) มีการติดต่อผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง 3) เชื่อมโยงและติดตามผู้รับบริการเพื่อให้ได้รับบริการที่ต้องการ (Coordination of services required to implement the plan) 4) ติดตามรวมถึงเยี่ยมบ้านตามจำเป็น (Monitoring to assess the efficy of the plan), 5) ประเมินผลลัพธ์เป็นระยะๆ และปรับแผนตามความจำเป็นของผู้รับบริการ (Evaluation and revision of the plan as necessary over the life of the) และการให้การปรึกษาเชิงพฤติกรรม (นิลุบล วินิจสร, จินตนา วัชรสินธุ์, วรรณี เดียวอิศเรศ, 2555) การฟังอย่างตั้งใจของผู้วิจัยจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีความหวังมีกำลังใจที่จะดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์ การใช้คำถามและการสะท้อนคิดเป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้คิดได้มองย้อนถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์มีผลให้ทั้งผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์เข้าใจปัญหาและความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ เมื่อผู้วิจัยเข้าใจบริบทการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์จึงร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับหญิงตั้งครรภ์และสามีได้และสามารถให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทของ

หญิงตั้งครรภ์รายบุคคลส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมได้ข้อมูลที่ให้โดยรวมประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามข้อปฏิบัติการกินอาหารของหญิงตั้งครรภ์และภาพชุดอาหารทดแทนในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (กรมอนามัย, 2556) 2) ให้เพิ่มชนิดและปริมาณอาหารพวกเนื้อสัตว์เน้นไข่วันละ 1-2 ฟอง ซึ่งไข่ทำอาหารได้หลากหลายและหาได้ง่ายในท้องตลาด 3) ให้รับประทานผัก/ผลไม้ที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ได้พลังงานโดยขอความร่วมมือจากสามีในการเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์พร้อมเปิดโอกาสให้ครอบครัวถามคำถามซึ่งส่วนใหญ่จะถามเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมีการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่เป็นผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อและการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร เช่น น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender : 1987) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งกระบวนการส่งเสริมสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกแก่กลุ่มคนปกติที่ยังไม่เจ็บป่วย และเป็นการลงทุนต่ำและมีประสิทธิภาพ ซึ่งบุคคลจะกระทำกิจกรรมใดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรมส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับหญิงตั้งครรภ์ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น อาทิ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ยกเว้นด้านโภชนาการที่อยู่ในระดับดีและไม่มีความแตกต่างกัน น้ำหนักตัวหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ระหว่าง 10 – 12.5 กิโลกรัม ส่งผลให้น้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 96.67) สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parson, 2006) กล่าวว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคที่ลดลง และความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการกระทำพฤติกรรม จะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในที่นี้ คือ การรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพของตนเองและส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์คลอดน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม เพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.33)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมอครอบครัว และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านให้สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยในชุมชนได้

1.2 ควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยด้วยการบูรณาการแนวคิดการจัดการรายบุคคลและการปรึกษาเชิงพฤติกรรมไปขยายผลในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อจะได้ทราบปัญหาและข้อมูลที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ตามสภาพจริง

2.2 ควรนำผลการวิจัยมาพัฒนาเป็นรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย, สปสช. (2556). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

นิลุบล วินิจสร, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณี เดียวอิศเรศ. (2555). ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 20(3): 47-60.

สุธิต คุณประดิษฐ์. (2547). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย: จุดเริ่มต้นในทารกสู่โรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่. Chula Med J 2547; 48: 310-322

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2555). *แผน 11 ของกระทรวงสาธารณสุข.* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2555) โครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 104-115.

Barker DJP. (2008). Nutrition in the womb. Oregon: The Barker Foundation.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2 nd ed.).* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Pender, N.J. &Pender, A.R.(1987). *Health promotion in Nursing practice.* 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange.

Pender, N.J. &Pender,A.R. (1996). *Health promotion in Nursing practice.* 3rd ed. Stamford: Appleton & Lange.

Pender N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice (5 th ed.).* New Jersey: Pearson Education.

World Health Organization [Internet]. (2012). Geneva: World Health Statistics; 2012 [updated 2015 Jun 22; cited 2012 Dec 12]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/

ผลิตโดย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2193 7000 ต่อ 18710 Website : www.phc.moph.go.th

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support