

Vol 15 No 2 July - December 2024

ISSN: 1906-8557

AEE-T

Journal of Environmental Education

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา

Dr.Vinai Veeravatnanond: Editor



www.aeet.or.th

E-Mail : aeet2552@gmail.com

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท

AEE-T Journal of Environmental Education

© 2010 The Association for Environmental Education of Thailand

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567



วารสารราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

ISSN : 1906-8557

ที่ปรึกษา

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์

Assoc.Prof.Dr.Bob Jickling

บรรณาธิการ

รศ.ดร.วินัย วีระวัฒนานนท์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.บุญเลิศ วงศ์โพธิ์

ดร.วิญญู สะตะ

พิสูจน์อักษร

ผศ.ดร.สุนทรี จินธรรม

ดร.รวิวรรณ สนั่นวรเกียรติ

ประชาสัมพันธ์และงานโฆษณา

ดร.มณูญ มนุขจร

ดร.รัชชณพัฒน์ ปานพรม

เจ้าของ / สำนักงาน

สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย 188 หมู่ 1 ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ 53000

- บทความทุกเรื่องได้ตรวจความถูกต้องทางวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน
 - ข้อความในบทความที่ลงในวารสารเป็นแนวคิดของผู้เขียน มิใช่เป็นความคิดเห็นของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของสมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย
 - สมาคมฯ ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก แต่ให้อ้างอิงแสดงที่มา
-



บรรณาธิการ

การเตรียมความพร้อมในภาวะวิกฤติทางสิ่งแวดล้อม นับว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ประชาชนทุกคนต้องมีความตระหนักรู้ เพราะโลกเราได้เผชิญกับความเลวร้ายของสภาพแวดล้อมที่นับวันจะส่งผลกระทบต่อมนุษย์ สัตว์ และระบบนิเวศ อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงไปได้ ในฤดูหนาวปี 2567 เป็นมวลาอากาศเย็นที่แผ่กระจายมาจากประเทศจีน ทำให้ประเทศไทยมีความหนาวเย็น พืชผักเจริญงอกงาม แต่ก็ยังเป็นเพียงฤดูกาลสั้น ๆ ที่จะหมดลงในต้นเดือนกุมภาพันธ์ ในขณะที่ทุกชีวิตต้องเผชิญกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก ทั้ง PM 2.5 PM 10 และควันพิษที่เกิดจากการเกษตรกรรมและการปล่อยก๊าซจากเครื่องยนต์สันดาปที่ใช้ฟอสซิลเป็นเชื้อเพลิง มลพิษเหล่านี้เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรง และภาครัฐยังคงหาวิธีการที่จะลดผลกระทบเพื่อแก้ปัญหาที่ประชาชนกำลังเผชิญได้คลี่คลายลง

วันนี้ วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา ฉบับนี้เป็นฉบับส่งท้ายปี พ.ศ. 2567 เป็นวารสารปีที่ 15 ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ ผลงานวิชาการ งานวิจัย ข้อมูลข่าวสารทางสิ่งแวดล้อม ที่สมาชิกได้ส่งเข้ามาเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง และจะยังคงมุ่งมั่นต่ออุดมการณ์ในการร่วมกันสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม ให้มีความยั่งยืนต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.วินัย วีระวัฒนานนท์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
เกี่ยวกับสมาคม Part A	
นโยบายการจัดพิมพ์	A1
คณะกรรมการร่วมกลั่นกรอง	A2
บทความวิจัย Part B	
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดย. เพ็ญนิดา บัณฑิตานัง	1
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดย. แจ่มใส สุธิบุตร	17
3. ผลการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน การบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดย. พรสันต์ ชนะดวงใจ	34
4. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีโรคเบาหวานชนิดรักษาโดยใช้อินซูลิน ร่วมกับโรคอ้วน: กรณีศึกษา โดย. กัญฉิญา กันทะเนตร	48
5. ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย โดย. ฐิฐากุล วงษ์พิบูลย์	61
6. การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษา โดย. ออนอุม่า จันทศรีแก้ว	74
7. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดย. อภิญญา ชูศรี	88
8. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเท้าที่ได้รับการตัดขา กรณีศึกษา 2 ราย โดย. อุดม แสนมี	103

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
9. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุดเตย ตำบลพุดเตย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดย. วรวิทย์ ประสิทธิ์พร	131
บทความวิชาการ Part C	
1. สิ่งแวดล้อมกับสาธารณสุขชุมชน โดย. ปรัชญกุล ตูลาชม	146

Part A

เกี่ยวกับสมาคม

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท

AEE-T Journal of Environmental Education

© 2010 The Association for Environmental Education of Thailand

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567



นโยบายการจัดพิมพ์

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาของสมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย เป็นวารสารราย 6 เดือน จัดพิมพ์ขึ้นเพื่อเป็นการร่วมกันสร้างความรู้และแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม บริการด้านวิชาการ ส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากร เป็นศูนย์กลางของนักสิ่งแวดล้อมศึกษา ตลอดจนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูล ข่าวสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งความคิดเห็นการอนุรักษ์และร่วมแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับท้องถิ่น ระดับชาติ ไปจนถึงระดับนานาชาติ

การเตรียมต้นฉบับ

บทความและงานวิจัยต้องผ่านการพิจารณาจากประธานผู้ควบคุม พิมพ์เป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 10 หน้ากระดาษเอ 4 พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 พอยต์ โดยต้องมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ชื่อเรื่องบทความหรืองานวิจัย
2. ชื่อผู้เขียน และตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด
4. สถานที่ติดต่อ อีเมล และหมายเลขโทรศัพท์

ประเภทบทความวิจัย จะต้องมีส่วนประกอบคือ บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 250 คำ ท้ายบทคัดย่อให้กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ไปด้วย และมีลำดับหัวข้อดังนี้ คือ บทนำ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และบรรณานุกรม (Download Template ได้ที่ www.aeet.or.th)

การส่งบทความและงานวิจัย

ส่งบทความหรืองานวิจัย มาที่ สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย 188 หมู่ 1 ตำบลน้ำริด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 53000 โทร. 095-7347894 หรือส่งทาง E-Mail: aeet2552@gmail.com

สิ่งที่ผู้เขียนได้รับตอบแทน

กองบรรณาธิการวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท อภินันทนาการวารสารฉบับที่ลงตีพิมพ์ ผลงานของผู้เขียน จำนวน 1 ฉบับ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา-สสศท

AEE-T Journal of Environmental Education

© 2010 The Association for Environmental Education of Thailand

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567



คณะกรรมการร่วมกลั่นกรอง

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนทร โคตรบรรเทา | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลลักษณ์ รัตนเพียรธัมมะ | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สิงห์สีโว | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เถลิงศก โสมทิพย์ | มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒนา พรหมณี | สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒน์ อินทรประไพ | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ |
| 8. ดร.สมพงษ์ เสนชัย | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| 9. ดร.สุนทรี จินธรรม | มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ |
| 10. ดร.สม นาสอน | นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| 11. ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์ | นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ |
| 12. ดร.บุปผา อินทิวร | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 13. ดร.พัชรี ประสงค์ริโย | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 14. ดร.ปรัชญากุล ตูลาคม | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 15. ดร.รัตนา เจริญศรี | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 16. ดร.สุกัญญา แก้วน้อม | นักวิชาการสมาคมฯ |
| 17. ดร.รัชชณพัฒน์ ปานพรม | มหาวิทยาลัยปทุมธานี |
| 18. ดร.รวีวรรณ สนั่นวรเกียรติ | มหาวิทยาลัยปทุมธานี |
| 19. ดร.ไพศาล ปันแดน | สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสุพรรณบุรี |
| 20. ดร.บุญเลิศ วงศ์โพธิ์ | เลขานุการสมาคมฯ |

Part B

บทความวิจัย



Factors affecting food sanitation behavior among food handlers in Bangrak Pattana Municipality

Phennida Patthanung¹, Panitan Grasung²

¹Student of Master Degree, (Health System Management Program)

²Lecturer, Faculty of of Allied Health Sciences, Pathumthani University

(Received: July 14, 2024 ; Revised: July 27, 2024 ; Accepted: July 28, 2024)

Abstract: The objectives of this research are 1) to study the health literacy of the elderly, 2) to study the self-care behavior of the elderly, and 3) to study the relationship between health literacy and with the self-care behavior of the elderly in Wang Dal Subdistrict, Kabin Buri District, Prachinburi Province The sample group consisted of 315 people aged 60 years and older using multi-stage sampling. The research instrument was a 3-part questionnaire. The quality of the instrument was checked by five experts. The index of concordance (IOC) was 0.985, and the confidence value for the entire document was (Reliability) equals 0.927 Statistics used in data analysis Descriptive statistics include number, percentage, mean, and standard deviation. and inferential statistics, including the Pearson correlation coefficient.

The results of the study found that most of the sample had health knowledge when accessing or receiving health information. At a moderate level of 57.77% in terms of knowledge and understanding of health. At a moderate level, 59.37 percent, in the field of health communication. At a moderate level, 55.87 percent in terms of making correct decisions. Modera's latest discrimination in media and information literacy Doing and choosing At a moderate level, 53.97 percent, in terms of self-management. At a moderate level. 50 percent in media and info for vitality in self-care was at a moderate level, accounting for 62 (5 percent). Elderly care behavior was at a moderate level, 61.60 percent, and the relationship between Health literacy Including access to information and health management with knowledge and understanding of health communication self management Correct decision-making and discrimination, media and information knowledge, and behavior of the elderly in Wang Dal Subdistrict, Kabin Buri District. Prachinburi Province The relationship was at a moderate level in all aspects. Statistically significant at the 0.05 level.

Key words : Health literacy, Behavior, Elderly people

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

เพ็ญนิดา บัตถานันท์¹, ปณิธาน กระสังข์²

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ)

²อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(Received: July 15, 2024 ; Revised: July 28, 2024 ; Accepted: July 28, 2024)

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 315 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.985 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ 0.927 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึง / การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.77 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.37 ด้านการสื่อสารสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.87 ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.97 ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.50 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.55 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.60 และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ผู้สูงอายุ

บทนำ

ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาโรค และทางด้านสาธารณสุข ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคต่างๆลดลง รวมทั้งการพัฒนาในเรื่องของปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร ยา รักษาโรค เป็นต้น ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง รวมถึงในการกระจายความ มั่งคั่ง ร่ำรวย ไปสู่ภูมิภาคต่างๆ ทำให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ในขณะเดียวกันอัตราการเกิดและการเจริญพันธุ์ลดลง พบว่ามีผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น (United Nations 2020)

จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรี มีจำนวน 196,330 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากรในประเทศ (กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง 2565) ซึ่งเป็นไปตามการคาดการณ์ของแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนและเท่าเทียมภายใต้นโยบายประเทศไทย 4.0 ได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ด้านที่ 1 : การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์ ป้องกันการเจ็บป่วยและเพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุซึ่งมีสมรรถภาพทางร่างกายมีความเสื่อมลง อันเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดตามธรรมชาติตามพัฒนาการของมนุษย์ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยผลจากการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจตามมา และหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมา เช่น ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น ในส่วนการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของของผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้มีการศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุ (นิทรา กิจธีระวุฒินันท์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2561) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดพิษณุโลกพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ที่อาศัยในชุมชนจังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมบริโภคอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} = 17.94, S.D. = 3.12) ในขณะที่พฤติกรรมพักผ่อนมีคะแนนต่ำสุด (\bar{X} = 10.31, S.D. = 1.90) ทั้งนี้ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมการเป็นสมาชิกชมรมและมีโรคประจำตัว สามารถทำนายได้ ร้อยละ 31.2 แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพ ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองได้ เนื่องจากในปัจจุบันเรื่องของสื่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพมีช่องทางหลายช่องทางซึ่งข้อมูลข่าวสารมีทั้งจริง และเท็จ ตลอดจนการตัดสินใจเลือกนำมาปฏิบัติภารกิจอย่างมีวิจารณญาณเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นต้องพัฒนาตนเองจากภายในให้มีความเข้มแข็งโดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้

ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น เข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพมีการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลและ สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีซึ่งหากได้รับการส่งเสริมจะมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ส่งผลให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Nutbeam 2008)

การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิมีจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 16 หมู่ และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2564 พบว่ามีจำนวน 1,113 คน ปี 2565 มีจำนวน 1,278 คน และ ปีพ.ศ 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 1,364 ราย จะเห็นได้ว่าตำบลวังดาล ประชากรผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับแนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ จังหวัดปราจีนบุรี 2566) และส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มิโรคประจำตัว เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ 2566, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) เนื่องจากสภาพชุมชนของตำบลวังดาลส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบทมีบางหมู่ที่เป็นกิ่งเมืองผู้สูงอายุในชุมชนมีวิถีการดำเนินชีวิตตามความเชื่อสืบต่อกันมาด้วยขนบธรรมเนียม ประเพณีดั้งเดิมจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการกล่าว คือ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรสและปรุงอาหารด้วยการทอดด้วยน้ำมัน ส่วนน้อยที่ปรุงด้วยวิธีการต้ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุไม่ค่อยออกกำลังกายโดยให้เหตุผลว่าส่วนใหญ่ก็ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงกายอยู่แล้ว เช่น ทำไร่ ทำนา และทำงานบ้าน จะเห็นว่ายังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง แต่ในเรื่องของอารมณ์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ส่วนหนึ่งมาจากวิถีของชุมชนที่อยู่กันแบบ เอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ยังไม่ถูกต้อง (ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ, กองสวัสดิการและสังคม, องค์การบริหารส่วนตำบลวังดาล, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของสรุปประเด็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะส่วนบุคคลและสังคมที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี ผลจากการที่บุคคลเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้และเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจในการจัดการสุขภาพของตนเอง ความรอบรู้สุขภาพจึงเป็นรากฐานสำหรับสุขภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความมั่นใจในผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ การเพิ่มการรับรู้สุขภาพจะช่วยให้เกิดการพัฒนาย่างยั่งยืน การปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นระดับปฏิสัมพันธ์ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพมาใช้ในการจัดการตนเองได้ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจในการจัดการสุขภาพตนเอง รวมถึงวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และยิ่งถ้าหากสามารถพัฒนาความรอบรู้สุขภาพไปถึงระดับวิจารณ์ญาณ จะสามารถช่วยยกระดับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอทับปดบุรี จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษาไปขยายผลโดยการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีขึ้นทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแลใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอทับปดบุรี จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอทับปดบุรี จังหวัดปราจีนบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอทับปดบุรี จังหวัดปราจีนบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาแบบ Cross-sectional ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลวังดาล อำเภอทับปดบุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 315 คน

ผู้วิจัย สุ่มโดยใช้หลักความน่าจะเป็น สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยเรียงลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มโดยใช้หลักความน่าจะเป็นสุ่มอย่างเป็นระบบ แบ่งเขตพื้นที่ตามหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอทับปดบุรี จังหวัดปราจีนบุรี ประกอบด้วย 16 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นสัดส่วน โดยพิจารณาจากจำนวนประชากร เพื่อให้ได้ข้อมูลมีลักษณะกระจายให้สัมพันธ์กับสัดส่วนของประชากร โดยทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จำนวน 315 คน ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละชั้น} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละชั้น}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) อาศัยหลักความน่าจะเป็น โดยเรียงลำดับจากบ้านเลขที่จากน้อยไปหามาก แล้วนำมาจับฉลากเลือกกลุ่มเป้าหมายตามจำนวนที่ตั้งไว้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. มีสัญชาติไทย สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้
3. สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลการศึกษาวิจัยอย่างครบถ้วน
4. เป็นผู้สูงอายุที่ยินยอม ในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ เช่น เป็นผู้ป่วยติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรฐาน ประเมินค่าแบบ Likert Rating Scale มี 5 ระดับ

- | | | |
|------------|---------|--|
| มากที่สุด | หมายถึง | มีการเข้าถึงข้อมูลเป็นประจำ (5 คะแนน) |
| มาก | หมายถึง | มีการเข้าถึงข้อมูล 3 - 4 ครั้งต่อเดือน (4 คะแนน) |
| ปานกลาง | หมายถึง | มีการเข้าถึงข้อมูล 1 - 2 ครั้งต่อเดือน (3 คะแนน) |
| น้อย | หมายถึง | มีการเข้าถึงข้อมูลน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (2 คะแนน) |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ไม่เคยหรือเคยเข้าถึงข้อมูลนานมาก (1 คะแนน) |

2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรฐาน ประเมินค่าแบบ Likert Rating Scale มี 5 ระดับ

- | | | |
|-----------|---------|--|
| มากที่สุด | หมายถึง | มีการศึกษาและการปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) |
| มาก | หมายถึง | มีการศึกษาและการปฏิบัติมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน (4 คะแนน) |
| ปานกลาง | หมายถึง | มีการศึกษาและการปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งต่อเดือน (3 คะแนน) |
| น้อย | หมายถึง | มีการศึกษาและการปฏิบัติ 1 - 2 ครั้งต่อเดือน (2 คะแนน) |

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยศึกษาและการปฏิบัติ (1 คะแนน)

3. ด้านการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Rating Scale มี 5 ระดับ

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน)

มาก หมายถึง มีการปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งต่อเดือน (4 คะแนน)

ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติ 1 - 2 ครั้งต่อเดือน (3 คะแนน)

น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (2 คะแนน)

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

4. ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Rating Scale มี 5 ระดับ

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน)

มาก หมายถึง มีการปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งต่อเดือน (4 คะแนน)

ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติ 1 - 2 ครั้งต่อเดือน (3 คะแนน)

น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (2 คะแนน)

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

5. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Rating Scale มี 5 ระดับ

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน)

มาก หมายถึง มีการปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งต่อเดือน (4 คะแนน)

ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติ 1 - 2 ครั้งต่อเดือน (3 คะแนน)

น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (2 คะแนน)

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Rating Scale มี 5 ระดับ

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน)

มาก หมายถึง มีการปฏิบัติ 3 - 4 ครั้งต่อเดือน (4 คะแนน)

ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติ 1 - 2 ครั้งต่อเดือน (3 คะแนน)

น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน (2 คะแนน)

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อคำถาม มีลักษณะคำถามเป็นมาตราเรียงอันดับ (Ordinal Scale)

เกณฑ์ในการประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้เกณฑ์แบ่งอันตรภาคชั้น (Class interval) อิงกลุ่มของ Best (1970) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนเฉลี่ยสูงสุด} - \text{คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}} = \frac{3-1}{3} = 0.67$$

เกณฑ์ในการแปลผล ตามแนวคิดของ Best (1970) แปลความหมายด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แปลความหมายได้ ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	คะแนนเฉลี่ย
ไม่ได้ปฏิบัติถูกต้องน้อย	1.00 - 1.67
ปฏิบัติถูกต้องปานกลาง	1.68 - 2.34
ปฏิบัติถูกต้องมาก	2.35 - 3.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.99 ค่าความยากง่าย และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

r = 1.00	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r > .70	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง .30 - .70	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
r < .30	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
r = 0	หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลวังศาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี (n=315)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
1. ชาย	106	33.70
2. หญิง	209	66.30
อายุ		
1. 60 – 70 ปี	129	40.96
2. 71 – 80 ปี	89	28.25
3. 81 ปีขึ้นไป	97	30.79
อายุ = \bar{X} 74.06, S.D=9.42, Max=91, Min=60		
ระดับการศึกษา		
1. ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	2.20
2. ประถมศึกษา	230	73.00
3. มัธยมศึกษาตอนต้น	30	9.50
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย	33	10.50
5. อนุปริญญาตรี/ปวส.	6	1.90
6. ปริญญาตรี	9	2.90

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.30 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี ร้อยละ 40.96 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.00

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=315)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	S. D	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.30	0.50	ปานกลาง
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.31	0.47	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารสุขภาพ	3.10	0.55	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.27	0.52	ปานกลาง
ด้านการจัดการตนเอง	3.17	0.51	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	3.21	0.58	ปานกลาง
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.23	0.46	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า ด้านการเข้าถึง / การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.30, S.D.=0.50) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.31, S.D.=0.47) การสื่อสารสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.10, S.D.=0.55) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.27, SD=0.52) การจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.17, S.D.=0.51) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.21, S.D.=0.58) และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.23, S.D.=0.46)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=312)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	1 (0.31)	19 (6.03)	182 (57.77)	111 (35.26)	2 (0.63)
ด้านความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพ	1 (0.31)	14 (4.44)	187 (59.37)	113 (35.88)	-
ด้านการสื่อสารสุขภาพ	4 (1.27)	49 (15.56)	176 (55.87)	85 (26.99)	1 (0.31)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	4 (4.27)	24 (7.62)	170 (53.97)	114 (36.19)	3 (0.95)
ด้านการจัดการตนเอง	4 (1.27)	22 (6.98)	200 (63.50)	85 (26.98)	4 (1.27)
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5 (1.59)	18 (5.14)	197 (62.55)	93 (29.52)	2 (0.63)

จากตาราง 3 พบว่า ด้านการเข้าถึง/ การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.77 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.37 ด้านการสื่อสารสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.87 ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.97 ด้านการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.50 และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.55

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (n=315)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ค่าเฉลี่ย — X	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	ระดับการ ปฏิบัติ
ด้านการบริโภคอาหาร	1.86	0.26	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	1.61	0.38	น้อย
ด้านการจัดการความเครียด	1.62	0.42	น้อย
เฉลี่ยรวม	1.69	0.29	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทุกด้านภาพรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.69, S.D. = 0.29) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการบริโภคอาหาร (\bar{X} = 1.86, SD = 0.26) รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด (Mean = 1.62, S.D. = 0.42) และด้านที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านการออกกำลังกาย (Mean = 1.61, S.D. = 0.42)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (n=315)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับการปฏิบัติ		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร	58 (18.42)	239 (75.87)	18 (5.17)
ด้านการออกกำลังกาย	214 (67.94)	87 (27.62)	14 (4.44)
ด้านการจัดการความเครียด	171 (54.29)	134 (42.54)	10 (3.17)

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.87 มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมากที่สุด อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.94 และมีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด มากที่สุด อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 54.29

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังศาล อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี

5.

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังศาล อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี (n=315)

ข้อความ	พฤติกรรม สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r)	P-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.303	.000**
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.303	.000**

ด้านการสื่อสารสุขภาพ	.371	.000**
ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	.330	.000**
ด้านการจัดการตนเอง	.456	.000**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.315	.000**
โดยรวม	.396	.000**

**p-value < .01

จากตาราง 6 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลวังดาลอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้เฉลี่ยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด เฉลี่ยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลฎาภา ทานาค, รักชนก คชไกร และยุพา จิวพัฒนากุล (2562) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของเกษดาพร ศรีสุวรรณ (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแม่หนอง ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 2 รักษาคน กชไกร และยุพา จิวพัฒนากุล (2563) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของเกษดาพร ศรีสุวอ (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 30 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแม่หนอง ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 2ส มีค่าเฉลี่ยรวมระดับปานกลาง Mean = 2.30, SD = 0.94 และเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังดาลมากที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการสื่อสารสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้การศึกษาจะพบว่าผู้สูงอายุมีทักษะด้านการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติในระดับดี แต่การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดทักษะการสื่อสารทางสุขภาพที่ดี อาจส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำแนกตามระดับ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาพร ราชวงศ์ และจารุณี จันทร์เปล่ง (2566) พบว่า พฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธการ ประพากรณ์ (2562) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกษียณ พบว่า ผู้สูงอายุเกษียณมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ($r = 0.60$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า โดยรวม มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และธณิดา พุ่มท่าอิฐ (2564) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .77, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาภา วิรพิทยาภรณ์ พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวิรรณ พินิจจรเดช (2564) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, รัชานุช ถิ่นสอน (2564) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 แสดงว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.จะดีขึ้น และเนื่องจากสาเหตุจากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ปรางสุรางค์ โชติชัชวาลกุล (2556) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้ถึงสื่อว่ามีความถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการเพิ่มแนวคิดทฤษฎีทางสุขภาพอื่น เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม หรือแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ มาประยุกต์ใช้
3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการศึกษาวิจัยมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง. รายงานสถิติ. [ออนไลน์]. (2566, 30 ตุลาคม). เข้าถึงได้จาก: https://www.dopa.go.th/main/web_index .
- เกษดาพร ศรีสุวอ. (2564). การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแม่นนท์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 4(2), 35-44.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. [ออนไลน์]. (2566, 20 ตุลาคม). รายงานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://3doctor.hss.moph.go.th>.
- ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นพวรรณ พิณีจจรเดช. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. ดวงเนตร ธรรมกุล, และธณิดา พุ่มท่าอิฐ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัดกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(1), 106-118.

- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ สันตนิย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2516). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11(1), 63-74.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัย ทางพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปรางสุรางค์ โชติหัชชาลัยกุล. (2556). แรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้เว็บไซต์เฟซบุ๊ก (Facebook) ของกลุ่มวัยกลางคนและวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน, สาขาวิชาสื่อสารมวลชน.
- ยุทธการ ประพากรณ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกษียณ. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลฎาภา ทานาค, รักชนก คชไกร และยุพาจิตต์พัฒนกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล กองทัพบก, 21(3), 140-150.
- วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสถียร. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและ สุขภาพ สสอท, 2(1), 1-19.
- สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, รุณานุช ถิ่นสอน. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน). วารสารพยาบาลทหารบก, 22(3), 376-386.
- สุดาพร ราชวงศ์และจารุณีจันทร์เปล่ง (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านนา จังหวัดนครนายก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 16 ฉบับที่ 1.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ จังหวัดปราจีนบุรี. [ออนไลน์]. (2566, 30 ตุลาคม). รายงานสถิติจังหวัดปราจีนบุรี พ.ศ. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://pchburi.nso.go.th>.
- Nutbeam, D. (2008). **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.** Health Promotion International;15(3),259–267



**Nursing care for Metabolic Syndrome with Congestive Heart Failure Patients using
by Gastric Bypass Surgery Chaemjai Sutibutr1, Internal medicine inpatient
nursing work, Nursing group, Nursing missions, Rajavithi Hospital**

Jamsai Sutiboot

Registered Nurse, Internal medicine., Rajavithi Hospital

(Received: July 17, 2024 ; Revised: August 9, 2024 ; Accepted: August 10, 2024)

Abstract: The objectives of this study were: 1) to nursing care for metabolic syndrome with congestive heart failure patients using by gastric bypass surgery to correctly, appropriately, safely and without complications, and 2) to advice the patient for self-care and their relatives for patient care. This was a descriptive study of Thai woman patient with 23 year of age who was being treatment at Rajavithi Hospital with the doctor's diagnosis of metabolic syndrome with congestive heart failure symptoms. The doctors treated by gastric bypass surgery. The nurse using care follow by doctor's nursing diagnosis.

The results of nursing care found that 1) before gastric bypass surgery, the patient did not develop hypoxia, no urinary tract infection, no black stool, and no accidents and falls. The patients cloud self-care and sign the consent form for the surgical procedure. After gastric bypass surgery, the patient has normal vital signs, no racers, no green hand and feet, rested well, no blood vomiting. The sodium electrolyte balance was normal. The patient cooperated with nursing and doing self-care. Patients and relatives had an understanding of the current disease condition, and received a follow-up examination after returning to recuperate at home.

Keywords: Nursing care, Metabolic syndrome with congestive heart failure patients, Gastric bypass surgery

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

แจ่มใจ สุติบุตร

งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และ 2) เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและญาติในการดูแลผู้ป่วย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาของกรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 32 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ด้วยวินิจฉัยของแพทย์ด้วยอาการของโรค Metabolic syndrome with CHF แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยมีพยาบาลให้การดูแลรักษาและให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลของแพทย์

ผลให้การดูแลรักษาของพยาบาล พบว่า ก่อนการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่เกิดอุบัติเหตุหดรัดตกหล่น ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และให้การเซ็นยินยอมในการผ่าตัดทำหัตถการ หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว พักผ่อนได้ดี ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายปกติ ไม่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพยาบาล สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเป็นโรคในปัจจุบัน และได้รับการตรวจตามนัดหลังจากกลับไปพักฟื้นร่างกายที่บ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว, การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง ทำให้เกิดโรคเรื้อรังตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ละอองดาว คาซาตา และคณะ, 2561) จากสถิติพบว่าคนอ้วนจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตกะทันหัน (Sudden death) มากกว่าคนปกติถึง 2.8 เท่า เสี่ยงต่อเส้นเลือดสมองตีบ 2 เท่า เสี่ยงต่อการทำงานของหัวใจล้มเหลว 1.9 เท่า และเสี่ยงต่อเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ 1.5 เท่า (วิโรจน์ โควนิชย์, 2559). โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลกและในเอเชีย พบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้น่ามากที่สุด โดยสูงถึงร้อยละ 58 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดจากทั่วโลกหรือเป็นจำนวน

10.8 ล้านคน ประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน หรือ 58,681 คนต่อปี อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (WHO, 2021). กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ในปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ความดันโลหิตที่สูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้มักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์ (Hfocus, ออนไลน์).

จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนและมีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2564 ที่แผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวน 645 ราย แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 372 ราย ปี พ.ศ.2565 รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 813 ราย แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 580 ราย ปี พ.ศ. 2566 เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 1,190 ราย เป็นผู้ป่วยใน จำนวน 546 ราย ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษา ใน พ.ศ. 2564, 2565, 2566 จำนวน 731, 775, 788 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี, 2567)

ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จะเป็นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ร่างกายมีกลไกชดเชยไม่เกิดความรุนแรงขึ้นจนไปสู่ระยะ DE compensatory เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดสาเหตุชักนำไม่ให้โรครุนแรงขึ้น และควบคุมอาการกำเริบของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (ชมพูนุช ศรีรัตน์, 2560) ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาทางยาและทำการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมด้วย จะต้องมึทักษะในการดูแลและเฝ้าระวังการทำงานของเครื่องช่วยการสูดฉีดเลือดของหัวใจแบบระยะยาว และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดกับผู้ป่วย เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) การทำงานของหัวใจล้มเหลว การติดเชื้อ จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วย ญาติ พี่น้อง แพทย์ พยาบาล และคณะ, 2561). และญาติผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาทางยาและทำการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยมุ่งเน้นพัฒนาการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะมีอาการของโรคดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรต่างๆ ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีกระบวนการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำการคัดเลือกผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารจำนวน 1 ราย มาเป็นกรณีศึกษาในการให้การพยาบาล
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และเวชระเบียน เกี่ยวกับประวัติประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติสุขภาพครอบครัว ประวัติการผ่าตัด การแพทย์และสารเคมี
3. วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย
4. ติดตามการรักษาและให้การพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
5. ติดตามผลการรักษาหลังจำหน่ายกลับบ้าน
6. ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ให้แนะนำ และดำเนินการแก้ไข
7. รวบรวม จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผลการศึกษา

1. กรณีศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 10 เดือนตุลาคม 2564 ด้วยการวินิจฉัยครั้งแรกของแพทย์ คือ Morbid obesity และได้รับการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย คือ Metabolic syndrome with CHF แพทย์ให้การรักษา โดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) ก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ลำตัว หน้าท้อง หน้าอกบวมขึ้น ไม่มีอาการไข้ ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีหอบกลางคืน มีนอนกรนแต่ไม่หยุดหายใจ

ปัสสาวะออกปกติ นอนตะแคง ไม่สามารถนอนราบได้เนื่องจากหายใจไม่สะดวก ลูกขึ้นไม่ไหว คั่งน้ำวันละประมาณ 500 มิลลิลิตร เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางปะอินด้วย Volume overload ผู้ป่วยขอส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลราชวิถี ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนลงพุง (HT Metabolic Syndrome) และแพทย์นัดติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลบางปะอิน เมื่ออายุ 18 ปี ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดและทำหัตถการ ไม่เคยมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ได้รับวัคซีนโควิด 3 เข็ม มารดามีประวัติเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

จากการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ พบสภาพผู้ป่วยมีลักษณะดังนี้

- 2.1 ศีรษะ: ศีรษะกลม สมมาตร ผมสีดำ หนังศีรษะไม่มีรังแค
- 2.2 ใบหน้า: บวม กดบวม+2 ไม่มีรอยข้ำ ผิวสีคล้ำ
- 2.3 คอ: คลำไม่พบก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต เสียงไม่แหบ
- 2.4 ตา: เยื่อตาไม่มีสีชมพู ตาเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีการอักเสบ มองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง
- 2.5 หู: ลักษณะปกติ ไม่มีการอักเสบ การได้ยินปกติ
- 2.6 ปาก: ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีเลือดออก เหงือกไม่บวม
- 2.7 จมูก: เยื่อจมูกไม่บวมแดง ไม่มีเลือดกำเดา
- 2.7 ระบบทางเดินหายใจ: รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง No retraction
- 2.9 ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต: ฟังเสียงหัวใจเด่นปกติ ไม่มี murmur อัตราการเต้นของหัวใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท
- 2.10 ระบบโลหิตและน้ำเหลือง: ไม่พบจุดจ้ำเลือดใดๆ คลำไม่พอดมมน้ำเหลือง
- 2.11 ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีตัวดาเหลือง คลำไม่พบก้อนที่หน้าท้อง เสียง Bowel sound ปกติ
- 2.12 ระบบผิวหนัง: ผิวคล้ำ ผิวแห้ง ไม่มีผื่นคัน ไม่มีจ้ำเลือด เล็บมือสะอาด ขาหนีบสองข้างสีคล้ำ
- 2.13 ระบบประสาท: ถามตอบรู้เรื่อง
- 2.14 ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: ปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะสีเหลืองใส
- 2.15 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: Motor power grade 3 ขาสองข้างกดบวม2+
- 2.16 สภาพจิตใจ: เครียด ร้องไห้ วิตกกังวล

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง

ชนิดการตรวจ	Normal value	วันที่
-------------	--------------	--------

		6 ต.ค.64	8 ต.ค.64	9 ต.ค.64	19 ต.ค.64	14 ม.ค.65	17 ม.ค.65
WBC	4.4-11.3 10 ³ /uL	8.58 103/uL	8.45 103/uL	8.06 103/uL	6.19 103/uL	10.45 103/uL	10.70 103/uL
RBC	4.50-5.90 10 ⁶ /uL	4.92 106/uL	5.07 106/uL	5.02 106/uL	4.94 106/uL	4.30 103/uL	4.29 103/uL
HGB	14.0-17.4 g/dL	14.5 g/dL	14.0 g/dL	14.7 g/dL	14.6 g/dL	13.5 g/dL	13.4 g/dL
HCT	41.5-50.4 %	46.8 %	40 %	48.1 %	49.7 %	42.8 %	41.8 %
HGB	14.0-17.4 g/dL	14.5 g/dL	14.0 g/dL	14.7 g/dL	14.6 g/dL	13.5 g/dL	13.4 g/dL
HCT	41.5-50.4 %	46.8 %	40 %	48.1 %	49.7 %	42.8 %	41.8 %
PLT	150-450 103/uL	169 103/uL	193 103/uL	155 103/uL	142 103/uL	227 103/uL	221 103/uL
Neutrophil	45-75 %	75.1 %	79.9 %	76 %	63 %	69.4%	72.9%
Lymphocyte	20-45 %	15.7 %	12.6 %	14.6 %	23.3 %	24.6%	19.9%
Monocyte	2.0-6.0 %	7.1 %	5.7 %	6.8 %	4.8 %	3.4%	3.0%
Eosinophil	1-6 %	1.4 %	1.1 %	2.2 %	7.9 %	2.3%	3.6%
Basophil	0.0-1.0 %	0.7 %	0.7 %	0.4 %	1.0 %	0.3%	0.6%

จากตารางที่ 1 พบว่า Neutrophil ในวันที่ 6-9 ตุลาคม 2564 มีค่าสูงกว่าปกติ และ Lymphocyte มีค่าต่ำกว่าปกติ แสดงให้เห็นว่า มีการอักเสบเฉียบพลันหรือการติดเชื้อในร่างกายเกิดขึ้น อาจทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่ายขึ้น

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจชีวเคมี

ชนิดการตรวจ	Normal value	วันที่						
		6 ต.ค. 64	7 ต.ค. 64	8 ต.ค. 64	9 ต.ค. 64	10 ต.ค. 64	11 ต.ค. 64	
Glucose	74-109 mg/dL	70	74	63	-	-	66	
BUN	6-20 mg/dL	18	20	22	20	17	6	
Creatinine	0.67-1.71 mg/dL	1.07	1.18	1.30	1.06	1.07	0.64	
Sodium	136-145 mEq/L	133	134	136	143	144	139	

Potassium	3.5-5.1 mEq/L	4.85	4.39	4.30	2.73 ↓	3.90	3.70
Chloride	98-107 mEq/L	93	94	95	97	201 ↑	104
Carbon Dioxide	22-29 mEq/L	29	27	29	31 ↑	31 ↑	28
eGFR	>90	69 ↓	61 ↓	54 ↓	70 ↓	69 ↓	-
Calcium	8.6-10.0 mg/dL	8.1	-	8.6	-	-	-
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dL	5.3	-	5.4	-	-	-
Magnesium	1.6-2.6 mg/dL	2.0	-	2.0	-	-	-
Total protein	3.5-5.2 g/dL	6.6	-	-	-	-	6.4
Albumin	3.5-5.2 g/dL	2.6	-	-	-	-	2.7
Globulin	1.0-4.5 g/dL	4.0	-	-	-	-	3.6
Total Bilirubin	0-1.2 mg/dL	1.58	-	-	-	-	1.69
ALT (SGPT)	0-41 U/L	11	-	-	-	-	23
Alkaline phosphatase	0-41 U/L	74	-	-	-	-	104
Troponin T	0.0-14.0 ng/L	-	184.4 ↑	-	-	-	-
Cholesterol	<200 mg/dl	-	104	-	-	190	-
Triglyceride	<200 mg/dl	-	84	-	-	73	-
HDL	-	-	16	-	-	63	-
LDL	<100 mg/dl	-	79	-	-	108 ↑	-
HbA1C	4.8-5.9 %	-	-	5.3	-	-	-
NT-proBNP	-	-	-	-	2,955	2,737	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่า BUN สูงกว่าค่าปกติในวันที่ 7-9 ตุลาคม 2564 แสดงว่ามียูเรียอยู่ในปัสสาวะมาก เป็นอาการแสดงของไตเสื่อม ผู้ป่วยมีปริมาณของ Chloride สูงกว่าค่าปกติ ในวันที่ 10 ตุลาคม 2564 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการของหัวใจเต้นเร็ว ร่างกายอ่อนแรง ซึ่งสาเหตุมาจากการได้รับน้ำมาก มีน้ำคั่งในหลอดเลือดดำ ทำให้เกิดการหายใจ และมีน้ำหนักเพิ่ม ผู้ป่วยมี Carbon Dioxide มีค่าสูงกว่าปกติในวันที่ 9-10 ตุลาคม 2567 สาเหตุเนื่องจากมีอาเจียน ร่างกายขาดน้ำ ได้รับการถ่ายเลือด หรือได้ยาที่มี bicarbonate เช่น ยารักษากระเพาะอาหาร โรคหรือภาวะเบื่ออาหาร โรคถุงลมโป่งพอง น้ำท่วมปอด โรคหัวใจ Breathing disorders ค่า eGFR ต่ำกว่าค่าปกติ แสดงว่าไตของผู้ป่วยทำงานลดลงเล็กน้อย ค่า Potassium มีระดับต่ำในวันที่ 9 ตุลาคม 2564 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีคลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ค่า Troponin

T แสดงถึงผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นานถึง 2 สัปดาห์หลังจากเกิดอาการแน่นหน้าอก และค่า NT-proBNP (NT pro BNP Brain Natriuretic Peptides) แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ค่า LDL หรือ Low-Density Lipoprotein สูงกว่าค่าปกติ แสดงว่ามีคอเลสเตอรอลที่ไปสะสมในผนังหลอดเลือดมาก ทำให้หลอดเลือดแดงตีบและแข็งซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและหลอดเลือดสมองตีบ

4. การวางแผนการพยาบาล

แผนให้การพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการพยาบาลก่อนการผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัด และส่วนที่ 2 เป็นการพยาบาลหลังการผ่าตัดและระยะพักฟื้น ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพยาบาลก่อนการผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัด โดยพบอาการผู้ป่วยและให้การพยาบาล ดังนี้

1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

1.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) On O₂ mask with bag 10 LPM ประเมินสภาพการหายใจทุก 4 ชั่วโมง
- 2) ดูแลเสมหะทุกครั้งที่ได้ยินเสียงเสมหะ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ
- 3) สังเกตภาวะการผันแปรของออกซิเจน เช่น pulse oximetry, ABG
- 4) ติดตามผลเอกซเรย์ปอด เพื่อติดตามการบวมของปอด
- 5) กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน ทุก 1-2 ชั่วโมง
- 6) ให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา ได้แก่ Lasix 40 mg vain Stat
- 7) ดูแลประเมินภาวะน้ำเข้าอกในร่างกาย

1.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

- 1) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยหายใจโล่งดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย
- 2) สัญญาณชีพปกติ
- 3) ออกซิเจนในร่างกายเท่ากับ 95-100% ไม่มีภาวะปลายมือปลายเท้าเขียวหรือซีด
- 4) อาการบวมกดบุ๋มจาก 3+ ลดลงเป็น 2+, I/O=720/600 ml
- 5) เสียงปอดปกติ ไม่มี capitation, wheezing ผล CXR ไม่มี Cougestion

2. เกิดอันตรายจากภาวะ electrolyte imbalance

2.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ประเมินอาการแสดงของการขาดสารอาหาร ด้วยการคัดกรองภาวะโภชนาการและประเมินภาวะทุพโภชนาการ

- 2) ประเมินภาวะการเสียสมดุลและเกลือแร่
- 3) ประเมินสภาพผิวหนัง อาการบวม การแตกทำลายของผิวหนัง
- 4) ดูแลให้ 10% E.kcl 30 ml oral 1 dose เพื่อช่วยให้เกลือแร่ โปรแตสเซียมกลับมาสสมดุล และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา
- 5) ดูแลบันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต
- 6) ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง เพื่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในร่างกาย
- 7) ติดตามผลการตรวจเลือด ค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือดเพื่อติดตามความก้าวหน้าของภาวะขาดสารอาหารและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

2.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ระดับออกซิเจนในเลือดปกติ (O_2 sat 95%) ไม่มีอ่อนเพลีย ไม่มีสับสน สารน้ำเข้า-ออก มีความสมดุล (720/600 ml)

3. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง
- 2) ทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่ายปัสสาวะ และดูแลให้ยาปฏิชีวนะ
- 4) ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก
- 5) ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ

3.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีอุณหภูมิในร่างกายปกติ อุณหภูมิ เท่ากับ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส ปัสสาวะมีสีเหลืองใส และมีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ 20-30 cell/HD และมีเม็ดเลือดขาว 5-10 cell/HD

4. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้

4.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ให้การพยาบาลโดยลดแรงกดทับลงบนผิวหนัง
- 2) ให้การดูแลผิวหนังและประเมินผิวหนังทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว
- 3) ให้ออกกำลังโดยการขยับแขนขา และข้อต่างๆ ให้ผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อการไหลเวียนของเลือด ป้องกันข้อติด และลดการถูกกดทับต่อเนื่องของผิวหนัง
- 4) ดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- 5) ประเมินและรักษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น ไข้สูง บวม

4.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีรอยแดงบนปุ่มกระดูก ผิวหนังสะอาดและชุ่มชื้น คะแนน Braden score เท่ากับ 12 คะแนน

5. เสี่ยงต่อภาวะการเกิดแผลกดทับ

5.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการปลัดตกหล่อม
- 2) ยกราวกั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง หลังให้การพยาบาล
- 3) จัดวางของใช้ไว้ใกล้มือผู้ป่วย เพื่อหยิบจับของได้สะดวก
- 4) หมุนระดับเตียงให้ต่ำและยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้งสองด้าน ล็อกล้อเตียงไว้เสมอ
- 5) ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาดูแลที่เสมอ หรือมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลา
- 6) แนะนำและจัดวางกระดิ่งไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อกดเรียกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

5.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุปลัดตกหล่อม

6. มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

6.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารไว้ก่อน และให้สารน้ำทางหลอดเลือด
- 2) ดูแลให้ Losec 80 mg IV stat then Losec 40 mg IV q 12 hr.
- 3) ติดตาม LabHct q 6hr.
- 4) สังเกตการถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ และไม่มีอาเจียนเป็นเลือด
- 5) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

6.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด มีสัญญาณชีพปกติ และไม่มีไข้

7. พรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

7.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ให้การช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง
- 2) แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ดูแลการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
- 3) สอนวิธีการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
- 4) แนะนำให้อนหลับอย่างเพียงพอ ให้จัดหาที่นอนที่นุ่ม และจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยนอน

ในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

7.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือขณะได้รับการปฏิบัติการพยาบาล และญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย

8.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร
2. ให้การพยาบาลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย

3. ให้ผู้ป่วยและญาติกำหนดและควบคุมการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง
4. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังดนตรี ทำสมาธิ
5. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน

8.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เรื่องการรักษา ระยะเวลาสิ้นสุด และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรักษาให้ดีขึ้น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติเป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาล

9. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

9.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ตรวจสอบ chart lab in from consent
- 2) งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน
- 3) ดูแลให้ 10%D/NSS1000 ml IV 40 ml/hrs. LRS 1000 ml IV 4ml/hrs.

9.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

- 1) ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด
- 2) ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร และให้การยินยอม

ยินยอมในการผ่าตัดทำหัตถการ

- 3) ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์

ส่วนที่ 2 การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดและระยะพักฟื้น โดยพบอาการผู้ป่วยและให้การพยาบาล ดังนี้

1. เสี่ยงต่อร่างกายพร้อมออกซิเจนเนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาดมยาสลบที่นานและระยะพักฟื้น

1.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการสูดดมออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์ด้วยการให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตรต่อนาทีอย่างต่อเนื่อง ให้ค่า O₂ sat > 95 %

2) ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่

3) ประเมินสภาพผู้ป่วยในการหายใจ

4) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย หันหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง

5) ฟังและสังเกตการแผ่ขยายตัวของทรวงอกหรือเสียงลมผ่าน (Breathing Sound) ให้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง

1.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

1) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/68 มิลลิเมตรปรอท

2) ไม่มีเหนื่อหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

2. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด Laparoscopic sleeve gastectomy

2.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ดูแลผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ลดอาการดึงรั้งของแผลผ่าตัด

2) สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อลดอาการปวด

3) แนะนำให้ประคบแผลขณะมีอาการไอหรือมีการเคลื่อนไหว และให้เคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เพื่อลดอาการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลผ่าตัด

4) ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain scale ≤ 3

5) ให้อา Morphine 3 mg. (v) dilute ทุก 4 ชั่วโมง PRN เมื่อมีอาการปวดมาก

2.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดทุเลาลงหลังได้รับยาแก้ปวด pain score เท่ากับ 3 และพักผ่อนได้ดี การจัดทำอนติบิโอดีให้สามารถนอนพักผ่อนได้เป็นระยะ

3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกระบบทางเดินอาหาร

3.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารไว้ก่อน

2) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือด 10 % D/N/21000 ml IV 100 ml/hrs.

3) ดูแลให้ Losec 40 mg IV q 12 hr. และติดตาม LabHct q 6hr.

4) สังเกตถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด

5) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

3.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีถ่ายดำ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด HGB=13.5 g/dl, Hct=42.8% และสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/68 มิลลิเมตรปรอท

4. อาจเกิดภาวะ electrolyte imbalance

4.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ประเมินภาวะทุพโภชนาการ ภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ของร่างกาย

2) ประเมินสภาพผิวหนัง อาการบวม การแตกทำลายของผิวหนัง

3) ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา

4) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 10%D/N/2 1000 ml IV drip 100 ml/hr

5) บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต

- 6) ติดตามผลประเมินผลภาวะขาดสารอาหารและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์
- 4.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า
 - 1) ค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายผู้ป่วยปกติ ดังนี้ Na 139 mEq/L, K 3.70mEq/L
 - 2) สัญญาณชีพผู้ป่วยปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/68 มิลลิเมตรปรอท
 - 3) ผู้ป่วยไม่มีอ่อนเพลีย ไม่มีสับสน
 5. เลี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้
 - 5.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้
 - 1) ให้การพยาบาลโดยลดแรงกดทับลงบนผิวหนัง
 - 2) การดูแลผิวหนังผู้ป่วยไม่ให้อับชื้น หรือแห้งเกินไป
 - 3) ประเมินผิวหนังทุกครั้งทีพลิกตะแคงตัว
 - 4) ช่วยผู้ป่วยออกกำลังขยับแขนขา และข้อต่างๆ เป็นประจำ เพื่อการไหลเวียนของเลือด ป้องกันข้อติดในท่าเดิม และลดการถูกกดทับต่อเนื่องของผิวหนัง
 - 5) ประเมินและรักษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น ไข้สูง บวม
 - 5.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ ไม่มีรอยแดงบนปุ่มกระดูก ผิวหนังสะอาดและชุ่มชื้น ประเมิน ADL Barthel index เท่ากับ 65 คะแนน, Braden score เท่ากับ 21 คะแนน
 6. เลี่ยงต่อภาวะการเกิดแผลกดทับ
 - 6.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้
 - 1) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง การแผลกดทับ
 - 2) ยกร่างก้นเตียงขึ้นทุกครั้ง หลังให้การพยาบาล
 - 3) จัดวางของใช้ไว้ไกลมือผู้ป่วย เพื่อหยิบจับของได้สะดวก
 - 4) หมุนระดับเตียงให้ต่ำและยกร่างก้นเตียงขึ้นทั้งสองด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ
 - 5) จัดวางกระดิ่งไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อคอยเรียกเมื่อต้องการความช่วยเหลือ
 - 6) ตรวจสอบทุก 1-2 ชั่วโมง
 - 6.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุแผลกดทับ ADL Barthel index เท่ากับ 65 คะแนน, Braden score เท่ากับ 21 คะแนน
 7. พร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 7.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้
 - 1) ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้การพยาบาลที่เหมาะสม

- 2) แนะนำผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีญาติเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด
- 3) ช่วยผู้ป่วยฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีญาติเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด
- 4) ดูแลการจับถ่ายของผู้ป่วย สอนวิธีการควบคุมการจับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ แนะนำญาติให้ดูแลความสะอาดผู้ป่วยหลังการจับถ่าย ให้จัดหากระโถนไว้ใกล้ผู้ป่วย
- 5) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ให้ญาติจัดหาที่นอนที่นุ่มและจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยนอนในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก
- 6) พุดคุยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้คิดและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน

7.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ขณะได้รับการปฏิบัติการพยาบาล และญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ประเมิน ADL Barthel index เท่ากับ 65 คะแนน Day5 และวันที่จำหน่ายผู้ป่วย ประเมิน ADL Barthel index เท่ากับ 80 คะแนน

8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย

8.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร
- 2) แนะนำอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย วิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
- 3) อธิบายขั้นตอนในการรักษาพยาบาล ผลลัพธ์ของการรักษา และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน
- 4) อธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล
- 5) ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง
- 6) แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังดนตรี ทำสมาธิ
- 7) แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและพุดคุยให้กำลังใจบ่อยๆ
- 8) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน ไม่รบกวนเวลานอนของผู้ป่วย

8.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรักษาให้ดีขึ้น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติเป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาล

9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง

9.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพ พยาธิสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและไม่กล่าวโทษตัวเอง
- 2) รับฟังและแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ ปลอดภัย ปรารถนาใจให้ผู้ป่วยมีความหวังและเสริมแรงทางบวก
- 3) กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด

4) อธิบายให้ญาติยอมรับสภาพของผู้ป่วย แนะนำการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ดี

5) ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งหาปัจจัยสนับสนุนทั้งญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยเพื่อก้าวผ่าน

ระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างพร้อมกัน

9.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ช่วยตัวเองได้มาก มีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับบุคคลอื่นได้ดี ญาติให้ความช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างดี

10. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

10.1 กิจกรรมให้การพยาบาล ประเมินความรู้ความเข้าใจตามหลัก D-METHOD มีดังนี้

D=Diagnosis ให้ความรู้เรื่อง โรคอ้วนและโรคร่วมหัวใจล้มเหลว แนะนำในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ

M=Medicine แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากมีอาการข้างเคียงของการได้รับยาให้ผู้ป่วยหยุดยาและเข้ามาพบแพทย์

E=Environment แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่บ้านให้สะอาด เพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค

T=Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา

H=Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

O=Out patient แนะนำการดูแลตนเอง สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนนัด

D=Diet แนะนำให้ผู้ป่วยทานผักและผลไม้สดให้มากขึ้น รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดและอาหารที่ย่อยยาก

10.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและการดูแล ไม่มีปัญหาการมาตรวจตามนัด

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี สถานภาพโสด อาชีพรับจ้าง อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเชิงรอกน้อย อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 10 เดือนตุลาคม 2564 ด้วยการวินิจฉัยครั้งแรกของแพทย์ คือ Morbid obesity และได้รับการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย คือ Metabolic syndrome with CHF แพทย์ให้การรักษา โดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) ร่วมกับการให้ยารักษา โรคอ้วนเป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากเกินไปจนเกินกว่าปกติหรือมากเกินไปที่ร่างกายจะเผาผลาญ จึงสะสมพลังงานที่เหลือเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่างๆ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา ภาวะอ้วนทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับ

โรคหัวใจหลายอย่าง เช่น โรคความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตกะทันหัน (Sudden death) มากกว่าคนปกติถึง 2.8 เท่า เสี่ยงต่อเส้นเลือดสมองตีบ 2 เท่า เสี่ยงต่อการทำงานของหัวใจล้มเหลว 1.9 เท่า และเสี่ยงต่อเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ 1.5 เท่า โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยพยาธิสภาพส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (วิโรจน์ โควนิชย์, 2559) บทบาทของพยาบาลผู้ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงเบื้องต้น และการคัดกรองภาวะโรคอ้วนผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค
2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การเฝ้าระวัง การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เหมาะสม และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรเพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน
3. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล การพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ การชี้แนะ การสอน การสาธิต และการให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่ยากซับซ้อนได้

สรุป

จากการวิเคราะห์การเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคอ้วนตั้งแต่อายุ 18 ปี น้ำหนักตัว 250 kg. ส่วนสูง 167 cm ค่า BMI เท่ากับ 86 จากพยาธิสภาพผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องด้วยมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น หายใจมีเสียง wheeze ตรวจพบเสียง crepitation ในปอด ตัวบวมมากขึ้น หน้าท้อง หน้าอก บวมขึ้น ไม่สามารถนอนหงายได้ ต้องนอนตะแคง เนื่องจากหายใจไม่

สะดวก ลูกยืนไม่ไหว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าค่า NT-proBNP เพิ่มขึ้น 3,414 pg/ml (ค่าปกติ<125) แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมกับการใช้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาทั้งสองแบบจากโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ดี หายใจ Room air ไม่เหนื่อย ทำกายภาพได้ดี แรกเริ่มมีน้ำหนัก 250 กิโลกรัม ลดลงเหลือ 161.9 กิโลกรัม ซึ่งลดลงไป 88.10 กิโลกรัม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่าย สามารถทำงานได้ตามปกติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม

- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. (2567). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ ประจำปี 2566.
- ชมพูนุช ศรีรัตน์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในประทุม สร้อยวงศ, การพยาบาล
อายุรศาสตร์. เชียงใหม่: บริษัทสิ่งพิมพ์และบรรจุกัณฑ์ สมาร์ทโคทติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
- ปณิตตา เพ็ญพิมล และคณะ. (2561). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการใส่
เครื่องช่วยการสูบฉีดเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ใช้ในระยะยาวในระยะกึ่งวิกฤตและระยะก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ละอองดาว คาชาดา และคณะ. (2561). โรคอ้วนลงพุง : สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. ใน ศรีนครินทร์เวช
สาร; 33(4): 386-95
- วิโรจน์ โควนิชย์. (2559). โรคอ้วนกับโรคหัวใจ. (ออนไลน์). (23 มกราคม 2567). เข้าถึงได้จาก
<https://www.pparam9.com>
- Hfocus. คนไทยเสียชีวิตโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน. (ออนไลน์). (22 มิถุนายน 2567). เข้า
ได้ถึงจาก <https://www.hfocus.org/content/2023/09/28517>
- Orem, D.E. Nursing concepts of practice (6th ed.). St Louis: Mosby, Inc. (2001).
- World health organization (WHO). (2021). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation.** Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva. <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/>

Effectiveness of Applying the Health Belief Model Concept to Injury Prevention Behavior In the Operation of Patient Transport Staff Phahonyothin Phonphayahasena Hospital Kanchanaburi Province

Pronsun Chanaduangjai¹, Jerasak Thappa², Jumnean Wongsrikao³

¹Student of Master Degree, (Health System Management Program)

^{2,3}Lecturer, Faculty of of Allied Health Sciences, Pathumthani University

(Received: July 17, 2024 ; Revised: July 29, 2024 ; Accepted: July 30, 2024)

Abstract: The objectives of this study were: 1) to compare the operation knowledge of patient transport staff. 2) to compare the perception of the health belief model of patient transport staff, and 3) to compare the operation behavior of patient transport staff before and after the application of the health belief model concept to injury prevention behavior in the operation of patient transport staff at Phahonyothin Phonphayahasena Hospital, Kanchanaburi Province. The conceptual framework for this research was a health belief model. It was quasi-experimental research. The sample group in the research was 30 patient transport personnel at Phahonyothin Phonphayahasena Hospital, Kanchanaburi Province, both female and male, between the ages of 20 and 60 years old. The study instrument was a health belief model activity for experiments and a questionnaire for data collection. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test.

The study results revealed that the sample group had 1) knowledge in the operation after applying the health belief model concept to injury prevention behavior in the operation higher than before the experiment at knowledge in the operation after applying the health belief model concept to injury prevention behavior in the operation higher than before the experiment at a statistically significant level of.001; 2) perception of the health belief model after applying the health belief model concept to injury prevention behavior in the operation higher than before the experiment at a statistical significance level of.01; and 3) injury prevention behavior in the operation after applying the health belief model concept to injury prevention behavior in the workplace was different at a statistical significance level of.01.

Keywords: Health belief model, Behavior, Injury prevention, Operation

**ผลการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บ
ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี**

พรสันต์ ชนะดวงใจ¹, จิระศักดิ์ ทัพผา², จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว³

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ)

²อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบกิจกรรมแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทดลอง และแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี 1) ความรู้ในการปฏิบัติงาน หลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) พฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน หลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, การป้องกันการบาดเจ็บ, การปฏิบัติงาน

บทนำ

อาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อเป็นปัญหาด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญที่พบได้บ่อย ในทุกกลุ่มอาชีพของคณาจารย์ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา นับเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับต้นในระดับโลก (Dianat, Kord, Yahyazade, Karimi, & Stedmon, 2015) ประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานการสำรวจของกระทรวงแรงงานเมื่อปี ค.ศ. 2013 พบว่า มีแรงงานที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ 35.8 รายต่อ 10,000 คนทำงาน โดยอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อที่พบบ่อย คือ รำกาย รำยงค้วส่วนบน ไตแก่ มือ/ข้อมือ แขน และไหล่ คิดเป็น 32.5 ต่อ 10,000 คนทำงาน รำกายร่ายงค้ว ส่วนล่าง ไตแก่ เท้า/ข้อเท้า และเข่า คิดเป็น 24.8 ต่อ 10,000 คนทำงาน ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานซ้ำๆ และการยกของหนัก (Bureau of Labor Statistics [BLS], 2014) ประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน จำนวน 114,578 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 189.37 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2560 ที่พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน จำนวน 100,743 ราย (อัตราป่วย 167.22 ต่อประชากรแสนราย) (รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2561) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อภาวะผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นโรคอันดับที่ 1 จาก 7 อันดับ ของโรคร้ายร้ายทำงาน เป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุมาจากท่าทางซ้ำๆ หรือการออกแรงเกินกำลัง รวมทั้งท่าทางที่ผิดธรรมชาติ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2560) ตัวอย่างในจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริมในปี 2558 จำนวน 1,201,615 คน (รายงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2559) ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานเป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยจากงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น ท่าทางการทำงาน ระยะเวลาทำงาน ลักษณะงาน ภาระงาน การออกแรง สถานที่ทำงาน ขนาดพื้นที่ทำงาน/อุปกรณ์/เครื่องมือ/เครื่องจักร และ การจัดการในองค์กร ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สรีระ ประสิทธิภาพการทำงาน ทักษะ และสภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด แรงกดดัน เพื่อนร่วมงาน องค์กร เป็นต้น

ท่าทางการทำงาน มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความสามารถในการทำงานของบุคคล ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ข้อต่อด้านในถูกกดขณะที่เอ็นและกล้ามเนื้อด้านตรงข้ามจะยืดออก เกิดแรงกดต่อเส้นเลือด เส้นประสาทและเอ็น ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณนั้นลดลง ทำให้เกิดอาการล้าและอาการเจ็บปวดของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ท่าทางการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Vieira & Kumar, 2014) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ผลการศึกษาท่าทางการทำงานที่เป็นอันตรายในคณาจารย์โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 45.6 มีท่าทางการทำงานอยู่ในความเสี่ยงระดับปานกลาง

ของจำนวนขั้นตอนการทำงานทั้งหมด รองลงมา คือ ระดับความเสี่ยงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 26.5 และระดับความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 19.1 (สุวินันท์, 2558)

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2566 ได้ขยายขีดความสามารถในการรองรับการให้บริการผู้ป่วยในได้ประมาณ 500 เตียง มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 540,942 ราย มีการให้บริการรถประเภที่นั่งจำนวน 32,611 ครั้ง และมีการให้บริการประเภทรถนอนจำนวน 152,848 ครั้ง มีการ 52,770 คน พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีสิ่งคุกคามสุขภาพทางกายศาสตร์ ทำทางการจัดการบริการด้านสุขภาพ ทั้งการส่งเสริม การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความซับซ้อนทั้งในเชิงวิชาการและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและเนื่องจากเป็นศูนย์ของการศึกษา เรียนรู้ และการส่งต่อ การดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ต้องทำงานหนัก มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บด้านการปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแรกรับเข้าโรงพยาบาล คือ แผนกศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติได้แก่ การให้บริการเข็นรถนั่งให้ผู้ป่วย เข็นรถนอนให้ผู้ป่วย การยก การเคลื่อนย้าย การจัดทำทางให้ผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะท่าทางก้มๆ เงยๆ ในเวลาทำงาน มีการยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน และมีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำบ่อยๆ จึงส่งผลให้เกิดความเมื่อยล้าหรือความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกายจากการรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงานสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (แบบ RAH06) ที่โรงพยาบาลมีการรายงานออนไลน์ ปี พ.ศ 2560 (ข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2560) พบสถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทั้งหมด 139 แห่ง จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาล ที่ทำงานไม่เหมาะสม จำนวน 5,375 คน (ร้อยละ 10.1) รองลงมาเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวภาพ จำนวน 4,209 คน (ร้อยละ 7.9) แสงสว่าง ต่ำกว่ามาตรฐาน จำนวน 3,535 คน (ร้อยละ 6.6) และสิ่งคุกคามจากการทำงานทางจิตวิทยาสังคม จำนวน 3,355 คน (ร้อยละ 6.3) และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ ในปี 2566 พบว่าเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีการลาป่วย การขาดงาน จำนวน 134 ครั้ง และผลการเข้าพบแพทย์ พบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ร้อยละ 11 มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน แต่ไม่รุนแรง และไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ การเจ็บปวด และการเมื่อยล้าของร่างกาย (ข้อมูลการเข้าพบแพทย์ของเจ้าหน้าที่แผนกศูนย์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา) จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ได้มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บด้านการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้การทำงานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานมีสุขภาวะที่ดี ถ้าสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

สมมติฐานในการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี มีความรู้ในการปฏิบัติหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง
3. เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest -Posttest Design) ซึ่งมีกระบวนการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบกิจกรรมการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) มีจำนวน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และประสบการณ์ในการทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นการเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check Lists) โดยให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์แบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเบคเกอร์ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานจำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานจำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานจำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ranging Scale) 4 ระดับคะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอน ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.76

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนในตำบลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method)

3. วิเคราะห์หาความยาก (Difficulty) หมายถึง สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกจากคนทั้งหมดของข้อสอบ โดยนำผลการทดสอบของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คนมาตรวจให้คะแนน โดยคัดเลือกข้อสอบที่มีความยากง่าย 0.20 - 0.80

4. วิเคราะห์อำนาจจำแนก (Discrimination) โดยนำผลการทดสอบของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน คัดจากสัดส่วนของผลต่างระหว่างจำนวนผู้ตอบถูกในกลุ่มที่ได้คะแนนสูงและกลุ่มที่ได้คะแนนน้อยใช้อักษร r หรือ D และมีค่าระหว่าง -1.0 ถึง $+1.0$ ข้อคำถามที่ดีจะต้องมีอำนาจจำแนกเป็นบวก และค่า 0.20 ขึ้นไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการบาดเจ็บด้านการยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการบาดเจ็บด้านการยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังนี้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอขออนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
2. ทำการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมศึกษา โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=30$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	96.70
หญิง	1	3.30
รวม	30	100.00
อายุ (ปี)		
ไม่เกิน 20 ปี	2	6.7
ระหว่าง 21 – 30 ปี	19	63.30
ระหว่าง 31 – 40 ปี	4	13.30
ระหว่าง 41 – 50 ปี	4	13.30
ระหว่าง 50 ปีขึ้นไป	1	3.30
รวม	30	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	3.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	23.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	50.00
อนุปริญญา/ปวช. /ปวศ.	5	16.7
ปริญญาตรี	2	6.7
รวม	30	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	19	63.30
สมรส หย่า / แยก / หม้าย	11	36.70
รวม	30	100.00
รายได้ต่อเดือน		
8,001 – 9,000 บาท	10	33.30
9,001 – 10,000 บาท	8	26.70
10,001 – 11,000 บาท	8	26.70
11,000 บาทขึ้นไป	4	13.30

รวม	30	100.00
ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี)		
ระหว่าง 1 – 3 ปี	21	70.00
ระหว่าง 4 – 6 ปี	4	13.30
ระหว่าง 7 – 9 ปี	1	3.30
ระหว่าง 10 – 12 ปี	3	10.00
ระหว่าง 13 – 15 ปี	1	3.30
รวม	30	100.00
มีโรคประจำตัว		
มี	4	13.30
ไม่มี	26	86.70
รวม	30	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96.70 อายุระหว่าง 21 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด คิดเป็นร้อยละ 63.30 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 8,001 – 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.30 ประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1 - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.70

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย (n=30)

	n	\bar{X}	t	df	p
ก่อนการทดลอง	30	3.44	- 9.57	29	.000**
หลังการทดลอง	30	7.47			

*p < .01

จากตารางที่ 2 พบว่า เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติงาน ก่อนการทดลองสูงกว่า หลังการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย (n=30)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน	2.8	1.0	ปานกลาง	4.5	0.3	มากที่สุด
การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน	2.7	0.9	ปานกลาง	4.3	0.5	มากที่สุด
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน	2.7	1.0	ปานกลาง	4.5	0.3	มากที่สุด
การรับรู้อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน	2.5	0.9	น้อย	4.5	0.4	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.84$, S.D. = 1.002) และหลังการทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.55$, S.D.= 0.31) มีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.71$, S.D. = 0.90) และหลังการทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, S.D.= 0.58) มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.71$, S.D. = 1.00) และหลังการทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.52$, S.D. = 0.39) และมีการรับรู้อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 2.53$, S.D. = 0.91) และหลังการทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.52$, S.D = 0.42)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย (n = 30)

	n	\bar{X}	t	df	p
ก่อนการทดลอง	30	10.79	-9.793	29	.000**
หลังการทดลอง	30	17.92			

**<.01

จากตารางที่ 4 พบว่า ในภาพรวมเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน

พฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน	n	\bar{x}	t	df	p
ก่อนการทดลอง	30	2.39	-9.523	29	.000**
หลังการทดลอง	30	3.60			

**<.01

จากตารางที่ 5 พบว่า เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีพฤติกรรมปฏิบัติงาน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96.70 มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.30 ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 63.30 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 8,001 – 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.30 ประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1 - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.70
2. เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีความรู้ในการปฏิบัติงานหลังการทดลองประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน หลังการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวลัย นະกุลวงศ์, พชฎ นรสิงห์, เพ็ญภา ภูกันงาม และคณะ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาอาการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานเปลและพนักงานบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับลักษณะท่าทางการยกผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ มีอาการสูงสุดในตำแหน่ง เอว/หลังส่วนล่าง เข่าชาย/ขวา หลังส่วนบนและไหล่ คิดเป็นร้อยละ 80.51 เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ก่อนเข้าการประยุกต์ใช้แนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการรับรู้มากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อได้รับบาดเจ็บ จะต้องหยุดงานพบแพทย์เพื่อที่จะไปตรวจรักษาโดยมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เมื่อได้รับบาดเจ็บ ต้องสูญเสียรายได้เนื่องจากหยุดงาน และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ โดยมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการบาดเจ็บ ในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีการรับรู้มากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เมื่อได้รับบาดเจ็บ ต้องสูญเสียรายได้เนื่องจากหยุดงาน และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ โดยการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธมาศ สังคิน, จตุพร เหลืองอุบล และสุทธิศักดิ์ แก้วแกมจันทร์. (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกข้าวนาปรัง ตำบลเพ็ชราม อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืช ด้านการรับรู้ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการ ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตราย จากการ ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และ วริศรา ปันทองกลาง (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง หลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้แนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บด้านกายศาสตร์ ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติได้น้อย และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติมากที่สุด ซึ่งพบว่าพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรงพยาบาลพลพยุหเสนาหลังการทดลองปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ และ วิศิธา ปั่นทองกลาง (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับ โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษานำไปปรับใช้กับเจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บด้านกายศาสตร์
2. ควรมีกิจกรรมกระตุ้นเตือน และติดตามผลระยะยาว และศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ

บรรณานุกรม

- กาญจนา ศรีสุวรรณจิตต์ (2562). การประยุกต์คำแนะนำงานของ NIOSH ในการปรับปรุงอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี.
- กิตตินันท์ อินทรานนท์ (2559). การยศาสตร์ (Ergonomics). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2560). แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ.

- เกรียงไกร บุญญาประภา, จุฑารัตน์ จิโน. (2560). ทำางการทำงานที่เป็นอันตรายและอาการผิดปกติทางกล้ามเนื้อและโครงสร้างอันเกี่ยวเนื่องจากการทำงานของพนักงานแปล โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. ในวารสารสาธารณสุขล้านนา, 15(1), 35-46.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2561.
- จันจิราภรณ์ วิชัย, สุนิสา ชายเกลี้ยง. (2557). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ในพนักงานที่มีการยกเคลื่อนย้ายวัสดุ. ใน KKU Res. J, 19(5), 708-719.
- พุทธมาศ สังคิน, จตุพร เหลืองอุบล และสุทธิศักดิ์ แก้วแกมจันทร์, (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกข้าวนาปรังตำบลเพ็ชราม อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์
- ชินกมล สิทธิขอดี (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลภักดิ์ จังหวัดสมุทรสงคราม. ในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 2(2), 46-60.
- ฉินฉุกร ใจยอด, อนุกุล มะโนทน. (2566). ประสิทธิผลการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(1), 54-68.
- รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ, วรริศา ปันทองกลาง. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ควบคุมไม่ได้. ในวารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 34(2), 71-86.
- วิลาวัลย์ นะกุลวงศ์, พชฎ นรสิงห์, เพ็ญญา ภูกันงาม และคณะมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา (2558). อาการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานแปลและพนักงานบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.
- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน). (2566). การศึกษามวลอ้างอิงสำหรับการพิจารณาขีดจำกัดน้ำหนักยกที่แนะนำให้ทำงานได้ด้วยแรงกายของคนหนึ่งคนในกลุ่มคนงานผู้เยาว์. สำนักวิจัยและพัฒนา.
- สุรภา เอียดนุช และพชรกมล กลั่นบุญชัย. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพนักงานสำนักงานในโรงงานผลิตอาหารแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2(2), 59-73.
- อุทัย แก้วกลม และณัฐพล ทนุดี. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านกายศาสตร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในกลุ่มแรงงานเย็บเสื้อผ้าโหล กรุงเทพมหานคร. ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 28(2), 31-40.



Nursing care mother after cesarean section with insulin-treated diabetes mellitus combined with obesity: A case study

Natthiya Kanthanet

Nursing group, Nursing missions., Rajavithi Hospital

(Received: July 14, 2024 ; Revised: July 27, 2024 ; Accepted: August 11, 2024)

Abstract: The objectives of this study were to correct nursing care mother after cesarean section. This was a descriptive study of Thai woman patient with 33 years of age, had a fat body, and 37+4 weeks gestational age give birth who was being treatment at Rajavithi Hospital with 4 times uterine contraction symptoms but she was no blood mucus and no running water. The doctor diagnosed by gestational diabetes mellitus type2 with morbid obesity. The doctor taken a low transverse cesarean section and resting for treatment in the hospital for 4 days. The nurse using care and evaluated nursing care by applying Oram's Self Care Deficit Theory.

The results of nursing care found that the patient's uterus contracted and hardened, normal blood coming out of vagina, normal blood sugar levels, no hemorrhage occurred after cesarean section, no complications after surgery. The patient cloud sat up and done activities in bed by himself, no dizziness when she changed postures, no accidents while stayed in the hospital. The patients feel relieved of anxiety and had a refreshed appearance. The patients cloud practice controlling their diet, weight control and exercise. The patient was mother to visited her infant and regularly interact with infants in the neonatal intensive care unit.

Keywords: Nursing care, Insulin-treated diabetes mellitus combined with obesity, Cesarean section

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีโรคเบาหวานชนิดรักษาโดยใช้อินซูลินร่วมกับโรคอ้วน: กรณีศึกษา

ณัฐฉิญา กัณฑ์เพชร

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็น หญิงไทย อายุ 33 ปี มีรูปร่างอ้วน และมีอายุครรภ์เมื่อคลอด 37⁺4 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถีด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 4 ครั้ง แต่ไม่มีมูกเลือดและไม่มีน้ำเดิน แพทย์วินิจฉัยเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ร่วมกับโรคอ้วน แพทย์ได้ทำการผ่าตัดคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดมดลูกส่วนล่างตามแนวขวาง และให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน โดยมีพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาและประเมินผลการพยาบาล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการดูแลรักษาของพยาบาล พบว่า มดลูกของผู้ป่วยมีการหดตัวแข็งดี เลือดที่ออกจากช่องคลอดปกติ มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งทำกิจกรรมบนเตียงได้เอง ไม่มีอาการเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าทาง ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกคลายความวิตกกังวลลงและมีหน้าตาสดชื่น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายได้ ผู้ป่วยซึ่งเป็นมารดาของทารกได้ไปเยี่ยมและมีปฏิสัมพันธ์กับทารกที่ห่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคเบาหวานชนิดรักษาโดยใช้อินซูลินร่วมกับโรคอ้วน, การผ่าตัดคลอด

บทนำ

โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เกิดจากความผิดปกติเรื้อรังของเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตที่เกิดจากการขาดอินซูลิน ซึ่งเกิดขึ้นหรือวินิจฉัยได้เป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ และจะหายไปภายหลังการคลอด ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 3-14 พบมากเมื่อมีการเลือกตรวจเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.1 (นงนาท ชัยศาสตร์, 2565) หญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า โดยเฉพาะในสตรีที่มีรูปร่างอ้วนหรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว และพบาร้อยละ 50 จะเป็นโรคเบาหวานภายในช่วงอายุ 22-28 ปี ปัจจุบันสตรีที่น้ำหนักเกินเกณฑ์และอ้วนมีมากขึ้นจึงส่งผลให้เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์พบมากขึ้น (ศรีสุวรรณ พ., 2565) ปัจจุบันสถิติมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีประมาณร้อยละ 6.4 หรือประมาณ 3.2 ล้าน

คน คาดว่าในปี พ.ศ.2578 จะมีคนเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 1.1 ล้านคน (รวมเป็น 4.3 ล้านคน) ในปี 2017 พบอุบัติการณ์เบาหวานทั่วโลกร้อยละ 16.2 หรือ 20.9 ล้านคน จากมารดาคลอดบุตรทั้งหมด 131.4 ล้านคน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงสุดจากทั่วโลก ร้อยละ 24.2 ของมารดาคลอดบุตรทั้งหมด 6.9 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) ประเทศไทยพบความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (ศรีสุวรรณ พ., 2565) และจากสถิติการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในหอผู้ป่วยสามัญสูติกรรมชั้น 5 โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างปี 2564-2566 มีจำนวน 2574, 2319, 952 ราย ตามลำดับ พบมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 278, 279 และ 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.80, 12.03 และ 9.76 ตามลำดับ ในปี 2566 พบสตรีตั้งครรภ์ที่อ้วนจำนวน 32 คน

หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคเบาหวานและโรคอ้วน จะมีอัตราเสี่ยงของครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) ภาวะติดเชื้อของกรวยไต (Pyelonephritis) ภาวะครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) และการคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Cesarian delivery) มผลเสียต่อทารก คือ ทำให้ทารกตายปริกำเนิด แท้งก่อนคลอด เกิดความพิการแต่กำเนิด (Congenital malformation) น้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่าปกติ (Macrosomia) ภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth retardation) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม อาหารที่มีไขมันสูง มีกากใยน้อย การรับประทานจุบจิบ การออกกำลังกายน้อย ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน (อรสา สิริภัทร และนิธิวัฒน์ ศรีเจริญ, 2560) ซึ่งภาวะเบาหวานและโรคอ้วนขณะตั้งครรภ์ มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ ถือเป็นภาวะคุกคามชีวิตทั้งในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อคลอดที่มีโรคเบาหวานชนิดรักษาโดยใช้อินซูลินร่วมกับโรคอ้วน ที่โรงพยาบาลราชวิถีนั้น พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคอ้วน และการดูแลตนเองในระดับน้อย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการบาดเจ็บ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในการพยาบาลผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ มีทักษะ และมีความชำนาญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว ด้วยการวินิจฉัย การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน และตลอดจนมีการประเมินซ้ำผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคอ้วน สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่ต่อเนื่องให้ครอบคลุมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดและทารกที่คลอดจากมารดาที่มีโรคเบาหวานชนิดรักษาโดยใช้อินซูลินร่วมกับโรคอ้วน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีกระบวนการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำการคัดเลือกมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่มีโรคเบาหวานชนิดรีกษาโดยใช้อินซูลินร่วมกับโรคอ้วนจำนวน 1 ราย มาเป็นกรณีศึกษาในการให้การพยาบาล
2. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีโรคเบาหวานชนิดรีกษาโดยใช้อินซูลินร่วมกับโรคอ้วน และเลือกประเด็นปัญหาในการดูแล
3. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมและวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลครอบคลุมทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Oram's Self Care Deficit Theory) (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2556) มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย
4. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลตามแผน
5. สรุปผลการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
6. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงเป็นผลงานเอกสารวิชาการ แล้วนำไปปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมชั้น 5 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา จัดทำรูปเล่มรายงานและนำเสนอผลงาน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และเวชระเบียน เกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติครอบครัว ประวัติประจำเดือน และประวัติคุมกำเนิด การประเมินสภาพผู้ป่วยและแบบแผนสุขภาพทั่วไป เพื่อประกอบการพิจารณาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา

1. กรณีศึกษา: หญิงไทย อายุ 33 ปี รูปร่างอ้วน ผอมยาว แต่งงานเมื่ออายุ 26 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่อปี 2564 แท้งเองเมื่ออายุครรภ์ 3 เดือนที่โรงพยาบาลราชวิถี ครั้งนี้มารดาตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ 15⁺² สัปดาห์ ฝากครรภ์สม่ำเสมอ รวม 14 ครั้ง กำหนดการคลอดวันที่ 3 ธันวาคม 2566 ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง น้ำหนัก 104 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 39.63 กก/ม² ตลอดการตั้งครรภ์น้ำหนักขึ้น 7 กิโลกรัม และได้รับการรักษาจากคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง อายุครรภ์เมื่อคลอด 37⁺⁴ สัปดาห์ วิธีคลอดโดยเข้ารับการผ่าตัดแบบ Low transverse cesarean section แพทย์ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน จึงจำหน่ายให้กลับบ้าน ในอดีตผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงหรือได้รับ

อุบัติเหตุใดๆ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีการแพ้ยาและแพ้อาหาร ในครรภ์แรกมีประวัติแท้งเองไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในช่วงเวลา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มี Uterine contraction 4 ครั้ง ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน แพทย์จึงให้มานอนติดตามอาการที่ห้องคลอด ผู้ป่วยเริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 13 ปี มาสม่ำเสมอทุกเดือน มีประจำเดือนครั้งละประมาณ 2 วัน มีอาการปวดท้องประจำเดือนเล็กน้อย ไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด เคยกินยาเม็ดคุมกำเนิด ตั้งครรภ์ครั้งนี้ต้องการมีบุตร ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่กับสามีเพียงลำพัง แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคเป็น Gestational diabetes Mellitus type2 with Morbid obesity และทำการผ่าตัด Low transverse Cesarean section

2. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ

- 1) ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว รู้สึกตัว ตอบคำถามและสื่อสารได้เข้าใจ การรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ปกติ
- 2) สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 131/85 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดได้ 98-99%
- 3) Pain scale วัดระดับได้ 8

2.2 การตรวจร่างกาย

- 1) ศีรษะและใบหน้า ลักษณะศีรษะทั่วไปได้รูป ไม่มีรอยนูน รอยแตก รูปร่างศีรษะและใบหน้าสมมาตรดีทั้ง 2 ด้าน ไม่มีบาดแผล ใบหน้าไม่มีอาการบวม
- 2) ผม ผมสีดำ ตัดซอยสั้นเป็นเงา ไม่มีรังแค เส้นผมกระจายตัวดีทั่วศีรษะ
- 3) ลิ้นตาตัวเอง การมองเห็นปกติ ไม่มีภาพซ้อน ไม่มีอาการตามัว ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากตา ทั้ง 2 ข้าง รูม่านตาทั้ง 2 ข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงไฟดี ขนาดรูม่านตาทั้ง 2 ข้างเท่ากับ 2 มิลลิเมตร
- 4) ใบหูขนาดปกติเท่ากันดีทั้ง 2 ข้าง ได้ยินชัดเจนดี ไม่มีอาการปวด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งจากหูทั้ง 2 ข้าง
- 5) จมูกอยู่ในแนวตรง ไม่มีก้อนเนื้อความชุ่มชื้นของเยื่อจมูกดี ไม่มีน้ำมูก
- 6) ช่องปาก ไม่มีอาการเหงือกอักเสบ ไม่มีฟันผุ ไม่มีแผลในปาก ช่องปากสะอาดไม่มีกลิ่นริมฝีปากแห้ง
- 7) คอและต่อมน้ำเหลือง คอคล้ำไม่พบก้อน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต ขนาดต่อมธัยรอยด์ปกติ
- 8) ระบบหายใจและทรวงอก รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีอาการหายใจเร็ว 20 ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจสม่ำเสมอดี การเคลื่อนไหวและขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเข้าออกสมมาตรดี

8) หัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของชีพจร 102 ครั้ง/นาที แต่สม่ำเสมอ คลำไม่พบ การสั่นของหัวใจที่ผิดปกติ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิต 131/85 มิลลิเมตรปรอท

9) ระบบประสาท ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีคอแข็ง

10) ผิวหนัง ผิวดวงสี อุณหภูมิ ไม่มีก้อน ไม่มีรอยเขียวช้ำ ปลายมือปลายเท้าบวมเล็กน้อย ความ ยืดหยุ่นและความตึงตัวของผิวหนังดี เล็กน้อย

11) เล็บ เล็บตัดสั้นสะอาด สีเล็บค่อนข้างซีด ไม่เขียว กดดู capillary refill ได้น้อยกว่า 2 วินาที

12) ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีรอยโรค มีรอยแผลผ่าตัดปิด Tegaderm pad ไว ไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด เคาะได้เสียงโปร่ง ตับ ม้ามไม่โต

13) ระบบทางเดินปัสสาวะ ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ มีปริมาณปัสสาวะในถุงสีเหลืองใส 200 มิลลิลิตร

14) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ใส่ผ้าอนามัยมีเลือดออกวัดได้ 50 มิลลิลิตร

2.3 การประเมินสภาพผู้ป่วยและแบบแผนสุขภาพหลังคลอด

1) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งที่แล้ว: ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่อปี 2564 แท้งเองเมื่อ อายุครรภ์ 3 เดือน ที่โรงพยาบาลราชวิถี

2) ผู้ป่วยมีภาวะซีดและยังอ่อนเพลียมาก มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย รู้สึกไม่สบายตัว ปวด บริเวณแผลผ่าตัดคลอด ไม่มีอาการหลอดเลือดดำที่ขาอักเสบชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/85 มิลลิเมตรปรอท

3) มีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส

4) ตรวจเต้านม/หวนมนขนาดปกติ มีน้ำนมไหลซึมทั้ง2ข้าง คลำไม่พบก้อนในเต้านม

5) หน้าท้องเหนือหัวหน้ามีแผลผ่าตัด cesarean section ไม่มีเลือดซึม ขนาดมดลูกคลำได้ บริเวณสะดือ

6) ตรวจร่างกายไม่พบการโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะ ใส่สายสวนปัสสาวะมีปัสสาวะสี น้ำเหลืองใส

7) ใส่ผ้าอนามัยผู้ป่วยบอกรู้สึกมีเลือดซึมๆ ตรวจดูผ้าอนามัยพบว่ามึเลือดออกวัดได้ 50 มิลลิลิตร

6) ไม่พบแผล ไม่พบริดสีดวงทวาร ไม่มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด

7) ค่าคะแนนประเมิน 20 (เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า) ไม่พบว่ามึภาวะซึมเศร้า

8) ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,390 กรัม APGAR 8-8-9 หลังคลอด ปากและปลายมือปลายเท้า เขียว หายใจไม่สม่ำเสมอ On ETTส่ง หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

9) ประเมินพบว่าผู้ป่วยมีบทบาทการเป็นมารดา แต่ยังไม่สามารถส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกได้ เนื่องจากบุตรถูกแยกอยู่สังเกตอาการที่ตึกกุมารเวชกรรม

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ
CBC			
WBC	7.62	10 ³ /ul	4.4-11.3
RBC	4.62	10 ³ /ul	4.5-5.1
Hemoglobin	11.8	g/dL	12.3-15.3
Hematocrit	36.9	%	36-45
MCV	80.2	fL	80-96
Platelet count	363	10 ³ /ul	150-450
Neutrophil	72	%	45-75
Eosinophil	1.2	%	1.0-6.00
Basophil	0.8	%	-1
Lymphocyte	20	%	20-45
Monocyte	5.8	%	2-6
MPV	10.2	fL	-
Spot urine			
Creatinine	94.51	mg/dL	45.0-106.0
Protien	8.8	mg/dL	1-14
UPCR	0.094		-
Coagulogram			
PT	11.5	sec	10.2-13.1
INR	0.98		
PTT	27.1	sec	21.3-29.6
APTT ratio	1.05		

Heparin			
BUN	12.0	mg/dL	7.0-18.7
Creatinine	0.62	mg/dL	0.55-1.02
Uric acid	7.4	mg/dL	2.6-6.0
AST	19	U/L	5-34
ALT	17	U/L	0-55

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ
LDH	175	U/L	0-55
eGFR	119	ml/min/1.73m ²	125-220

Urine Strip

Color	Yellow		Yellow
Appearance	Clear		Clear
Specific gravity	1.015		1.003-1.030
pH	6.0		6.0-8.0
Glucose	Negative		Negative
Protein	Negative		Negative
Ketone	Negative		Negative
RBC	10-20	Cell/HPF	
WBC	2-3	Cell/HPF	
Epithelial cell	2-3	Cell/HPF	

4. การวางแผนการพยาบาล

แผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁵ ตามการวินิจฉัยการพยาบาล ระยะหลังคลอดโดยการผ่าตัด ซึ่งมีแผนและผลการให้การพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

1.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนมีอาการปกติ หลังจากนั้นบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและให้การช่วยเหลือได้ทันที

2) คลื่นมดลูกจนหดรัศตัวกลมแข็ง และกดไล่ก่อนเลือดที่อาจค้างในมดลูก สังเกตการหดรัศตัวของมดลูกทุก 15 นาที เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของมดลูก

3) สังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยสังเกตจากการชุ่มผ้าอนามัย เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือด

4) ประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด

1.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

1) มดลูกหดรัศตัวแข็งดี ไม่นุ่ม

2) ความดันโลหิตปกติ 110/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

3) Capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที

4) ปริมาณเลือดจากผ้าอนามัยออก 30 มิลลิลิตร/2 ชั่วโมง

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

2.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด

2) เฝ้าติดตามอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ถ้าพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์

3) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

4) ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ

2.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 80-180 mg/dl

3. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึก

3.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 1 ครั้ง จนกว่าปกติ ประเมิน sedative score ถ้าพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์

2) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น มีการระคายเคืองคอ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้ามีอาการให้แจ้งพยาบาล

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ และหายใจออกยาวๆ รวมทั้งการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่และขับเสมหะที่คั่งค้างในปอดออกได้

4) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง/ หอบ ปลายมือปลายเท้าเย็น กระสับกระส่ายหรือซึมลง

5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาของแพทย์

3.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ ไม่พบอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือ หายใจลำบาก sedative score อยู่ที่ 1 และ 0

4. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ปวดแผลผ่าตัด

4.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) อธิบายให้มารดาหลังคลอดเข้าใจถึงกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอดบริเวณแผลผ่าตัดคลอด เนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำและการให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ปวดมดลูกมากขึ้น

2) จัดท่านอนให้อยู่ในท่า Fowler position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนช่วยลดอาการปวดแผล

3) จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหลับได้เต็มที่

4) ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ตามหลัก 6 R พร้อมทั้งประเมิน sedation score สังเกตอาการข้างเคียงและการแพ้ของยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาลาย เวียนศีรษะ ผื่นคัน หากมีอาการดังกล่าวควรรายงานแพทย์

5) แนะนำให้ใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว เพื่อลดการกระทบ กระเทือนแผลผ่าตัด สอนเทคนิคการหายใจลดปวด และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

4.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

1) หลังได้รับยาแก้ปวดผู้ป่วยบอกปวดแผลลดลง pain scale เท่ากับ 4 sedation score เท่ากับ 0

2) ผู้ป่วยบอกว่านอนพักได้ดี สดชื่นขึ้น เริ่มลุกนั่งทำกิจกรรมบนเตียงได้เองโดยญาติช่วยเหลือน้อยลง

5. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

5.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) แนะนำการลุกเปลี่ยนท่าช้าๆ เพื่อให้ร่างกายได้มีการปรับสภาพร่างกาย

2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ ยกที่กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น ให้มีญาติพาไปห้องน้ำทุกครั้ง มีกริ่งฉุกเฉินเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

3) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม และบันทึกคะแนนความเสี่ยงในแบบประเมิน

4) แนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อแดง ตับ ปลา เบ็ด ไก่ ไข่แดง ผักใบเขียว กระเทียม ผักโขม หน่อไม้ฝรั่ง ส้ม มะละกอ ฝรั่ง ฯลฯ

5). แนะนำให้งดชา กาแฟ ซึ่งมีผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็ก

5.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่า ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

6. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 วิตกกังวลกลัวอันตรายต่อตนเองและบุตรเนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน ในขณะที่ตั้งครรภ์ และบุตรอยู่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

6.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) แสดงความเป็นมิตรปลอบโยนให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว

2) ซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัว และร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว

3) อธิบายถึงอาการของบุตร ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ แนวทางการรักษาพยาบาล ประเมินความสนใจและการยอมรับในการพยาบาล เพื่อให้เกิดความร่วมมือด้วยความเต็มใจ

4) อธิบายให้ทราบอาการของบุตรในแต่ละวัน และแนวทางการรักษา

5. ยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

6.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีหน้าตาสดชื่นขึ้น

7. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ขาดความรู้ในเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน น้ำหนัก และการออกกำลังกาย

7.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) แนะนำการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารที่ควรรับประทาน และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในแต่ละวัน

2) แนะนำการออกกำลังกาย ในระยะเวลาสั้น แต่สม่ำเสมอแบ่งทำวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที

3) อธิบายให้ทราบถึงอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตาย และอาการของโรคหลอดเลือดในสมอง ถ้ามีอาการให้หยุดกิจกรรมแล้วนอนพักและรีบไปพบแพทย์

7.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร น้ำหนักและการออกกำลังกายได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

8. การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 พร่องปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากทารกถูกแยกรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

8.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ส่งเสริมบิดา มารดาไปเยี่ยมทารกทุกวัน และสอนแนะนำบิดา มารดาในการดูแลทารก เช่น การเช็ดตัว ทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น

2) อำนวยความสะดวกให้บิดา มารดาไปเยี่ยมทารก รวมทั้งแนะนำและสนับสนุนให้บิดา มารดา โอบกอดสัมผัสทารก เมื่อทารกมีอาการปกติ และมารดาต้องการ

3) ส่งเสริมและแนะนำมารดาให้ลูกดูด เมื่อทารกพร้อมและแพทย์อนุญาต

8.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า บิดามารดาไปเยี่ยม และมีปฏิสัมพันธ์กับทารกที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างสม่ำเสมอ

อภิปรายผลการวิจัย

หญิงไทย อายุ 33 ปี รูปร่างอ้วน ผอมยาว น้ำหนัก 104 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 39.63 กก/ม² ได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถีด้วยการตั้งครรภ์ซึ่งมีอายุครรภ์ 37⁺⁴ สัปดาห์ แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยและให้คลอดโดยวิธีการผ่าตัดแบบ Low transverse cesarean section แพทย์ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน จึงจำหน่ายให้กลับบ้าน ผู้ป่วยเคยมีประวัติการตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุ 31 ปี แต่แท้งเองเมื่ออายุครรภ์ได้ 3 เดือน ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเมื่ออายุครรภ์ได้ 15⁺² สัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ หลังผ่าตัดคลอดได้ทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,390 กรัม มีท้องป่อง แขนขาบวม แรกรับหายใจไม่สม่ำเสมอ ส่วนผู้ป่วยพบว่าแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม แต่มีอาการปวดแผลผ่าตัด pain scale ระดับ 8 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ไม่มีอาการข้างเคียง เลือดที่ออกจากช่องคลอดปกติ มดลูกหดตัวดี มีปัสสาวะในถุงสีเหลืองใส 200 มิลลิลิตร ระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอตามทฤษฎีการพยาบาลของของโอเร็ม (Orem) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ท้องไม่อืด น้ำนมไหลเล็กน้อย ได้รับ Domperidone เพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำนม เต้านมไม่คัดตึง น้ำคาวปลาสีแดงจางปกติ รับประทานอาหารได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร พยาบาลให้การอธิบายถึงอาการของบุตร การเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต การบีบเก็บน้ำนมให้บุตร รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การดูแลแผลผ่าตัด พยาบาลให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและโรคอ้วนก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยมีอาการปกติดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 4 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ มีความละเอียดรอบคอบ สังเกตความผิดปกติของผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้

2. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลจบใหม่ได้มีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

สรุป

การพยาบาลมารดาหลังการผ่าตัดคลอดที่มีโรคเบาหวานชนิดรักษาโดยใช้อินซูลินร่วมกับโรคอ้วน เป็นการพยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลและประเมินความผิดปกติของมารดาผู้คลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น รวมทั้งการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่อาจเสียชีวิตได้จากภาวะเบาหวานของมารดา ซึ่งจะส่งผลให้ไม่มีภาวะซึมเศร้าในมารดาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มารดาสามารถที่จะดูแลทารกให้ปลอดภัยได้ตามหลักการพยาบาลที่ได้รับ

บรรณานุกรม

- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2556). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8 นนทบุรี: ธนาพรส. นงนัท ชัยศาสตร์. (2565). การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเบาหวาน ระหว่างตั้งครรภ์: กรณีศึกษา. (ออนไลน์). โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า: (เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2567) เข้าได้ถึงจาก: http://somdet.moph.go.th/sd_files/academic/nongnart-1-2565.pdf
- ศรีสุวรรณ พ. (2565). ผลกระทบของอ้วนหลังคลอดต่อสุขภาพผู้หญิงและทารกในช่วงระยะเวลาหลังคลอด. *ในวารสารการพยาบาล*. 40(3): 78-89.
- อรสา ศิริภัทร์ และนิชวัฒน์ ศรีเจริญ. (2560). ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยเบาหวานในช่วงครรภ์ของบุคลากรพยาบาล. *ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 35(2): 58-68.

International Diabetes Federation. (2017). **IDF Diabetes Atlas (8th ed.)** [Internet]. [cited 2024 May 3].

Available from: <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1405>

&task=download

Effectiveness of Applying the Concept of Health Literacy to the Work Behavior of Employees of a Plastic Pellet Manufacturing Company from Fibers

ThithakunWongpiboon¹ Jerasak Thappa², Jumnean Wongsrikaeo³

¹Student of Master Degree, (Health System Management Program)

^{2,3}Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

(Received: July 17, 2024 ; Revised: July 30, 2024 ; Accepted: July 31, 2024)

Abstract: The objectives of this study were: The objectives of this research are 1) to compare health literacy on the work performance of employees in a plastic pellet manufacturing company from fibers; Before and after experimenting with the application of the concept of health literacy to the work behavior of employees of a plastic pellet production company from fibers. 2) To compare the work behavior of employees of a company producing plastic pellets from fibers. Before and after experimenting with the application of the concept of health literacy to the work behavior of employees of a plastic pellet production company from fibers. The sample group consisted of employees in the production of plastic pellets from fibers. The company produces plastic pellets from fibers, with 42 employees. and selected a specific sample group (Purposive sampling) to collect data by questionnaire. Statistics used in data analysis include descriptive statistics, numbers, percentages, means, and standard deviations. The reference statistics use the dependent paired t-test statistic.

The results of the study found that The majority of the sample were male. Accounting for 73.81 percent, most are between 31 - 40 years old, accounting for 38.10 percent. Single status is accounting for 42.90 percent. The highest level of education is secondary school, accounting for 54.80 percent. Most income is approximately 10,001-15,000 baht, accounting for 10,000 baht. 66.67 and the maximum period of service is 6 - 10 years, accounting for 38.10 percent. The results of a comparative analysis of health literacy on the work performance of employees at a plastic pellet production company from fibers. Before and after experimenting with the application of the concept of health literacy to the work performance of employees of a plastic pellet production company, it was found that after the experiment, employees of a plastic pellet production company had health literacy that affected the work performance of employees of the pellet production company. Plastic from fibers was significantly higher than before the experiment at the .01 level and the results of a comparative analysis of the behavior towards the work performance of employees of a company producing plastic pellets from fibers. Before and after experimenting with the application of the concept of health knowledge to the work performance of employees at a plastic pellet production company, it was found that after the experiment, employees of a company producing plastic pellets from fibers had higher behavior toward work than before the experiment. Statistically significant at the .01 level. Demonstrates the effect of applying the concept of health literacy on the improved work behavior of employees.

Keywords: Health literacy, Work behavior

Corresponding Author : Tel. 088 948 7264

ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงาน
ของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย

จิฐากุล วงษ์พิบูลย์¹, จิระศักดิ์ ทัพผา,² จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว³

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ)

^{2,3}อาจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยก่อนและหลังทดลองการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยก่อนและหลังทดลองการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย บริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย จำนวน 42 คน และได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิงใช้สถิติ dependent paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.81 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.10 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 42.90 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.80 รายได้ส่วนใหญ่ ประมาณ 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.67 และระยะเวลาการปฏิบัติงานสูงสุดคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.10 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังทดลองการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย พบว่า หลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังทดลองการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย พบว่า หลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติงาน

บทนำ

ในการปฏิบัติงานโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงเสมอ คือ ความปลอดภัย โดยเฉพาะในการผลิตในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการที่จะได้รับอันตรายจากการทำงาน หากการป้องกันไม่รัดกุมเพียงพอ ก็จะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตัวผู้ปฏิบัติงานเอง วัสดุดิบ ผลผลิต เครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต ทรัพย์สินอื่นๆ และบริษัท ซึ่งจะก่อให้เกิดความสูญเสียหรือค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก การลงทุนเพื่อป้องกันมิให้อุบัติเหตุเกิดขึ้น จึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นการลดต้นทุนในการผลิตวิธีหนึ่ง การดำเนินการให้สภาพการทำงานของคนงานในโรงงานมีความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการทำงานอย่างปลอดภัย นอกจากจะเป็นการป้องกันอุบัติเหตุในตัวแล้ว ความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรมยังก่อให้เกิดผลผลิตเพิ่มขึ้น ต้นทุนการผลิตลดลง กำไรมากขึ้น สงวนทรัพยากรมนุษย์แก่ประเทศชาติ และความปลอดภัยในการดำรงชีวิต (วิฑูรย์ สิมะ โชคดี และ วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์, 2547 : 13-14) พนักงานเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญยิ่งในการทำงานให้แก่สถานประกอบการ และยังเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น การดูแลให้ลูกจ้างสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยและมีสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากจะช่วยให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นแล้ว ยังเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของสถานประกอบการ ตลอดจนไม่เป็นเหตุให้ถูกกีดกันทางการค้าระหว่างประเทศ ทำให้ประเทศมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดี การที่ลูกจ้างมีงานทำ หมายถึง การมีรายได้เป็นค่าตอบแทนเพื่อการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ตลอดจนเป็นการสร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำรงชีวิต แต่การที่ลูกจ้างทำงานท่ามกลางเครื่องจักร เครื่องมือ อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ทำให้มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานในสถานประกอบการ ดังนั้น ภาครัฐจึงออกกฎหมายให้นายจ้างจัดให้มีการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน คณะกรรมการความปลอดภัยฯ บุคลากรและหน่วยงานความปลอดภัย ร่วมกันรับผิดชอบกับนายจ้างในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมความปลอดภัยฯ ภายในสถานประกอบการให้เป็นไปตามกฎหมายและสามารถลดการประสบอันตรายได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานในสถานประกอบการอย่างได้ผลนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ลูกจ้างทุกคนจะต้องมีจิตสำนึกรับผิดชอบร่วมกับสถานประกอบการในการดูแลความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น และการจะสร้างความร่วมมือที่ดีนั้น สถานประกอบการต้องให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับลูกจ้างขณะทำงานในทุกขั้นตอน และให้นำข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายต่างๆ มาฝึกลูกจ้างจนกว่าลูกจ้างจะทำงานได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ซึ่งหากลูกจ้างทุกคนปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎระเบียบว่าด้วยความปลอดภัยฯ ของสถานประกอบการอย่างเคร่งครัดแล้วจะทำให้ลูกจ้างปลอดภัยฯ มีสุขภาพอนามัยที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดเวลาการทำงาน. (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน), 2563)

สถิติการเกิดอุบัติเหตุในโรงงานอุตสาหกรรม พ.ศ. 2566 (ม.ค. – ธ.ค. 2566) มีจำนวนโรงงานที่เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 140 ครั้ง แบ่งเป็นประเภทอุบัติเหตุ ดังนี้ 1) อัคคีภัย จำนวน 109 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78 2) สารเคมีรั่วไหล จำนวน 13 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9 3) อุบัติเหตุจากการทำงานและเครื่องจักร จำนวน 11 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8

4) การระเบิด จำนวน 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3 และ 5) อื่นๆ จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2 โดยสามารถแบ่งกลุ่มประเภทโรงงานที่เกิดเหตุเป็น 8 กลุ่ม ดังนี้ 1. กลุ่มโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับสิ่งทอ เส้นใยจากพืช ฟอกย้อมผ้า 2. กลุ่มโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับการแปรรูปไม้ 3. กลุ่มโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับพลาสติก โฟม กระดาษ ยาง 4. กลุ่มโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับเคมีภัณฑ์ ปิโตรเคมี สารเคมี สารอันตราย 5. กลุ่มโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับสารไวไฟ เช่น สี ทินเนอร์ ก๊าซ วัตถุระเบิด ต้ม ถลันสุรา สกัดน้ำมันจากพืชหรือสัตว์ 6. กลุ่มโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับกากหรือขยะอุตสาหกรรมรีไซเคิลของเสีย 7. กลุ่มโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับอาหาร แป้งมันสำปะหลัง อาหารสัตว์ และ 8. อื่นๆ ทั่วไป เช่น งานซ่อม งานโลหะ หล่อหลอม โกดังเก็บสินค้า (กองส่งเสริมเทคโนโลยีความปลอดภัยโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม, ออนไลน์, 2567)

จากข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานภายในโรงงานผลิตเม็ดพลาสติกแห่งหนึ่งที่มีผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ พบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุมี 42 ราย สะสมเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2566 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุและอาการทางสุขภาพ พบว่าสาเหตุหลักเกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของพนักงาน คิดเป็นร้อยละ 4.76 ลักษณะการบาดเจ็บจากการระเบิดของเส้นใยหรือเม็ดพลาสติกหรือวัตถุที่เจือปน คิดเป็นร้อยละ 7.14 ลักษณะโดนความร้อนจากการจับเส้นใย คิดเป็นร้อยละ 33.33 ลักษณะได้รับบาดเจ็บจากการใช้กรรไกรตัดเส้นใย และร้อยละ 14.29 เกิดจากอาการปวดหลัง เนื่องจากยกของหนักเกินไปหรือเกิดจากการยกของที่มีน้ำหนักมากเกินไปแล้วเกิดการบิดท่าทางในการยก ทำให้มีการหยุดงาน และเมื่อจำแนกตามตำแหน่งงานพบว่าพนักงานฝ่ายผลิต ซึ่งเป็นตำแหน่งงานฝ่ายปฏิบัติการที่มีการใช้เครื่องจักร เครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงาน มีการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็นส่วนใหญ่ (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ของบริษัท) ผลกระทบจากการทำงานมีโอกาที่จะสัมผัสสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมขณะปฏิบัติงาน เช่น อนุภาคฝุ่นจากการปั่นเม็ด ไอระเหยจากการหลอมเส้นใย ละออง หรือควันที่ฟุ้งกระจายในบรรยากาศขณะปฏิบัติงาน นอกจากนี้ในกระบวนการผลิตภายในโรงงานผลิตเม็ดพลาสติกจากการหลอม และยังมีอันตรายอื่นๆ แฝงอยู่อีกมากมาย เช่น เสียงดังจากการทำงานของเครื่องจักร อุณหภูมิความร้อนจากการหลอม เป็นต้น นอกจากนี้พนักงานผู้ปฏิบัติงานอาจจะมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งมีท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง ก็จะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานได้ เช่นเดียวกัน หากพนักงานผู้ปฏิบัติงานไม่ได้สวมอุปกรณ์ ป้องกันอันตรายที่ถูกต้องและไม่มีระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานอาจมีโอกาสดังกล่าวได้รับอันตรายในการทำงานมากขึ้น

ปัญหาของโรงงานพลาสติกจากอุบัติเหตุการฉีกขาดมักเกิดปัญหาจากการละเลยความปลอดภัยและความถูกต้องเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความปลอดภัย พบว่า ความรอบรู้ คือ ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจะทำให้เกิดการปฏิบัติและเกิดความปลอดภัย และจากการศึกษาของชลลดา งามสำโรง และณัฐวุฒิ กกกระโทก (2566) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัด

นครราชสีมา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีส่วนช่วยทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างให้พนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยของบริษัทมีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม จึงได้นำแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560) มาประยุกต์ใช้ซึ่งประกอบไปด้วย 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3. การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน 4. การตัดสินใจ 5. การเปลี่ยนพฤติกรรม 6. การบอกต่อ เมื่อเสร็จการวิจัย ผู้วิจัยคาดว่าถ้าพนักงานได้เข้าร่วมการวิจัยจะส่งผลให้โรงงานลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรได้ บุคลากรจะมีการรับรู้เท่าทันสื่อ และมีความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) มีความสามารถและมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ ประเมินผลการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังทดลองการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังทดลองการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย หลังการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. พฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย หลังการทดลองประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย สูงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) แบบกลุ่มเดียวและวัดผลก่อน - หลังการทดลอง (One - Group Pretest - Posttest Design) ซึ่งมีกระบวนการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยจำนวน 42 คน และได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นพนักงานฝ่ายผลิตเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบกิจกรรมการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการทำงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อุปกรณ์ เนื้อหาของกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการทำงานของพนักงาน และการฝึกปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์และการจัดเก็บอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งกิจกรรมมีทั้งหมด 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ กิจกรรมที่ 2 กระบวนการความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และกิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติอย่างมีทักษะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) มีส่วนประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ลักษณะเป็นแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย มีทั้งหมด 6 ด้านๆ ละ รวม 30 ข้อ ได้แก่ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ด้านที่ 4 การตัดสินใจ ด้าน 5 การเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านที่ 6 การบอกต่อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการทำงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย มี 3 ด้านๆ ละ 3 ข้อ รวม 15 ข้อ ได้แก่ ด้านที่ 1 การปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน ด้านที่ 2 การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และด้านที่ 3 การใช้เครื่องมือเครื่องจักรและอุปกรณ์ แบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) มี 3 ระดับคะแนน คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอน ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพนักงานในบริษัทที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) โดยคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน

บริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานพนักงานบริษัท
ผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D.)
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติ dependent paired t-test

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอขออนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
2. ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมศึกษา โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 42)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	73.80
หญิง	11	26.20
รวม	42	100.00
อายุ (ปี)		
ระหว่าง 21-30 ปี	9	21.40
ระหว่าง 31-40 ปี	16	38.10
ระหว่าง 41-50 ปี	12	28.60
ระหว่าง 51 ปี ขึ้นไป	5	11.90
รวม	42	100.00
สถานภาพ		
โสด	18	42.90
สมรส ยังไม่มีบุตร	4	9.50
สมรส มีบุตร	19	45.20
หย่าร้าง	1	2.40
รวม	42	100.00
ระดับการศึกษา		

ไม่ได้เรียน	1	2.40
ประถมศึกษา	9	21.40
มัธยมศึกษา	23	54.80
ปวช./ปวส.	6	14.30
ปริญญาตรี	3	7.10
รวม	42	100.00
รายได้		
10,001 – 15,000 บาท	28	66.70
15,001 – 20,000 บาท	11	26.20
20,001 – 25,000 บาท	1	2.40
25,001 บาทขึ้นไป	2	4.80
รวม	42	100.00
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
ต่ำกว่า 5 ปี	15	35.70
6 – 10 ปี	17	40.50
11 – 15 ปี	9	21.40
มากกว่า 25 ปี	1	2.40
รวม	42	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.80 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.10 มีสถานภาพสมรสมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 45.20 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.80 รายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.50

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย
 ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยก่อนและหลังการทดลอง (N = 42)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความ ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรอบรู้น้อยที่สุด	11	26.2	-	-
มีความรอบรู้น้อย	17	40.5	-	-
มีความรอบรูปานกลาง	14	33.3	1	2.4
มีความรอบรู่มาก	-	-	4	9.5
มีความรอบรู่มากที่สุด	-	-	37	88.1
รวม	42	100.0	42	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองพนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับน้อย เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.5 และหลังการทดลอง มีความรอบรู้สุขภาพด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานเป็นจำนวนมากที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.1

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	n	\bar{X}	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการทดลอง	42	2.27	0.495	-30.76	41	.000**
หลังการทดลอง	42	4.64	0.447			

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังการทดลอง (N = 42)

พฤติกรรมการปฏิบัติงาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติน้อย	12	28.60	-	-
ปฏิบัติปานกลาง	24	57.10	4	9.5
ปฏิบัติมาก	6	14.30	38	90.5
รวม	42	100.00	42	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองพนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.10 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 14.30 และหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.5 และอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังการทดลอง

ด้านพฤติกรรม	n	\bar{X}	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการทดลอง	42	1.86	0.316	-21.47	41	.000**
หลังการทดลอง	42	2.78	0.273			

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.80 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.10 มีสถานภาพ สมรสและมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 45.20 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.80 รายได้ประมาณ 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.70 และระยะเวลาการปฏิบัติงานสูงสุด คือ 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.50

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย พบว่า ก่อนการทดลองพนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.5 และหลังการทดลอง มีความรอบรู้สุขภาพด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานเป็นจำนวนมากที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.1 และหลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. พฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย พบว่า ก่อนการทดลองพนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.10 และมีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 14.30 มีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.86$, S.D. = 0.316) และหลังการทดลอง พนักงานฝ่ายผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.5 และมีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.5 มีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 0.273)

4. ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง พนักงาน

บริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามทฤษฎีความรอบรู้ทางสุขภาพ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) มีกิจกรรม “กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้” อธิบายถึงความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนเรศ มณีเทศ (2563) การจัดการความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในพื้นที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาผลของการจัดการความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในพื้นที่ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พนักงานโรงงานในพื้นที่ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนครชัยศรี จำนวน 793 คน เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เวนระเบียน และแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t – test และ F – test ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของพนักงานโรงงานในพื้นที่อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ก่อน หลัง และหลัง 6 เดือน จากการจัดการความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในพื้นที่ อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง 6 เดือน จากการจัดการความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในพื้นที่อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐมมีระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จิตรใจเย็น (2563) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง พนักงานบริษัทผลิตเม็ดพลาสติกจากเส้นใยมีพฤติกรรมต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามทฤษฎีพฤติกรรมแสดงออก ซึ่งการกระทำของมนุษย์ที่สังเกตเห็นได้จากภายนอก มีรากฐานจากความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิส่วนตัวบุคคล โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะถูกควบคุม สั่งการด้วยระบบจารีตขนบธรรมเนียมประเพณี กฎระเบียบ และข้อบังคับต่างๆ (รุ่งกิจ บุรณเจริณ, 2554 : 19) มีกิจกรรม “กระบวนการความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน” และ “การฝึกปฏิบัติอย่างมีทักษะ” ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและมาตรการความปลอดภัย การตรวจสอบสภาพเครื่องมือในการปฏิบัติงาน การฝึกปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และการจัดเก็บอุปกรณ์ให้มีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรดา ถัดลอย, เทอดพงษ์ ศรีสุขพันธุ์ และอัญชุลี การดี (2558) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ด้านความปลอดภัยก่อนและหลังการจัด โปรแกรมปรับปรุงและพัฒนาการรับรู้ของพนักงานกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พนักงานฝ่ายผลิต บริษัท มาลาพลาส จำกัด พบว่า เปรียบเทียบการรับรู้ด้านความปลอดภัยก่อนและหลังการจัด โปรแกรมปรับปรุงและพัฒนาการรับรู้ พบว่าระดับคะแนนสูงขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำหัวข้อในแบบสอบถามที่ได้ระดับคะแนนต่ำกว่าระดับคะแนนสูง โดยมีการจัดทำสื่อคู่มือความปลอดภัยในการทำงานเป็นภาษาที่พนักงานเข้าใจง่ายมีการเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับการทำงาน และบุญนรี บุญประเสริฐ (2566) ผลการจัด โปรแกรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ภายหลังการจัด โปรแกรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สูงกว่าก่อนได้รับการจัด โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากสิ่ง คุกคามสุขภาพ ภายหลังได้รับการสอนมีพฤติกรรม การป้องกันตนเอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.936$) ความพึงพอใจต่อการจัด โปรแกรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความพึงพอใจระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.53)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนให้พนักงานได้รับการอบรมเป็นประจำทุกปี เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

2. บริษัทควรจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้พนักงานเกิดความร่วมมือ ประสานงานและตระหนักใน ความสำคัญของการเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานให้แก่ตนเองและเพื่อน ร่วมงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ควรศึกษาปัญหาพฤติกรรมและความรอบรู้ทางสุขภาพของพนักงานใน ระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลแบบอื่นๆ ร่วมกับการใช้แบบสอบถาม เช่น การ สังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กองส่งเสริมเทคโนโลยีความปลอดภัยโรงงาน กรมโรงงานอุตสาหกรรม. [ออนไลน์]. (2567). **ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุ**. เข้าถึงได้จาก : <http://reg3.diw.go.th/safety>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข
- ชลลดา งอนสำโรง และณัฐวุฒิ กกกระทอก. (2566). “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัด นครราชสีมา,” ใน **วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา**. ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2566).
- นเรศ มณีเทศ. (2563). “การจัดการความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในพื้นที่ อำเภอนครชัย ศรี จังหวัดนครปฐม,” ใน **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม– สิงหาคม 2563.
- บุญนรี บุญประเสริฐ. (2566). **ผลการจัดโปรแกรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในโรงพยาบาลบึงกาฬ**. รายงานการวิจัย กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลบึงกาฬ.
- รุ่งกิจ บูรณ์เจริญ. (2554). **การจัดการขยะฐานศูนย์ : กรณีศึกษา โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ อำเภोजอม พระ จังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการจัดการ สิ่งแวดล้อม. คณะ พัฒนา สังคม และ สิ่งแวดล้อม. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี และวีระพงษ์ เถลิมาจิระรัตน์. (2547). **วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยในโรงงาน (พิมพ์ ครั้งที่ 17)**. กรุงเทพมหานคร : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน(องค์การมหาชน). (2563). **คู่มือความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานสำหรับลูกจ้างทั่วไปและลูกจ้าง เข้าทำงาน ใหม่**.
- สุรดา ถัดลอย, เทอดพงศ์ ศรีสุขพันธุ์ และอัญชุลี การดี. (2558). **การศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานกรณีศึกษา บริษัท ผลิตภัณฑ์พลาสติก เขต จังหวัด สมุทรปราการ**. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา (Health Literacy : Measurement and Development) กรุงเทพฯ๑**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- อัจฉรา จิตรใจเย็น. (2562). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร**. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.



Nursing care postpartum mother with HIV infection: A case study

Onuma Chansrikaew

Nursing group, Nursing missions, Rajavithi Hospital, Department of Medical Services

Abstract: The objectives of this study were to correct and appropriate nursing care postpartum mother with HIV infection. A case study of Thai woman with 33 year of age who was 36+3 weeks pregnant. She was Uterine contraction, no vaginal bleeding, no water flowing and baby was moving well. The doctor admitted her to stay in the hospital and monitor her symptoms. The doctor examined the patient and found fetal left CHD with liver herniate with HIV infection with chronic HBV infection. The doctors done a cesarean section and a baby boy was born. The nursing care postpartum mother to applied Holistic Nursing of Maternal and Infant theory with Gordon's functional health pattern and Orem's self-care theory.

The results of nursing care found that the postpartum mother was feel good, a little help for herself. She was a transverse surgical wound, no blood seeping and numbness in both legs. The 24 hours after cesarean section, she could eat soft food, no bloated stomach. The patient had a slight burning sensation when urinating initially and red amniotic fluid and her general physical condition was still exhausted but she was able to self-help. After giving birth on the 2nd day, she was still pain and surgery wound tightness. The uterus was at the level of the navel with intermittent pain in the stomach, cramping pain. She received Pain reliever, her symptoms improved. The patient had an infection, so the doctor prescribed Septic workup and gave more disinfectant. After received medicine, her fever down to normal, no infection complications and no postpartum depression from anxiety about a baby that needed surgery and had to stay in the intensive care unit for a long time.

Keywords: Nursing care, Postpartum mother with HIV infection

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษา

อนนุมา จันทศรีแก้ว

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นกรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 33 ปี มีอายุครรภ์ 36⁺³ สัปดาห์ (G2P1) มีอาการมดลูกหดตัวไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ทารกคินดี แพทย์จึงให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเฝ้าสังเกตอาการ แพทย์ได้ตรวจผู้ป่วยพบเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตับเลื่อน ติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง แพทย์ทำการผ่าตัดคลอดได้ทารกเพศชาย พยาบาลได้ดูแลมารดาหลังคลอดโดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลมารดาและทารกแบบองค์รวม ร่วมกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ผลการพยาบาล พบว่า มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีแผลผ่าตัดตามขวาง ไม่มีเลือดซึม มีอาการชาขาทั้งสองข้าง หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด ผู้ป่วยมีปัสสาวะแสบขัดในช่วงแรกเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีแดง สภาพร่างกายทั่วไปยังอ่อนเพลียแต่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หลังคลอดวันที่ 2 ยังมีอาการเจ็บตึงแผลผ่าตัด มดลูกอยู่ระดับสะดือ มีปวดในท้องปวดบีบๆ หน่วงๆ เป็นระยะ เมื่อได้ยาแก้ปวดมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อ แพทย์จึงให้ Septic workup และให้ยาฆ่าเชื้อเพิ่ม หลังได้ยาครบอาการไขลงเป็นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และไม่มีภาวะซึมเศร้า หลังคลอดจากความวิตกกังวลเรื่องบุตรที่ต้องได้รับการผ่าตัดและต้องพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยวิกฤตนาน

คำสำคัญ: การพยาบาล, มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

บทนำ

เอชไอวี (HIV: human immunodeficiency virus) คือ อาการของภูมิคุ้มกันบกพร่องของร่างกายหรือโรคเอดส์ (AIDS) ทำให้ร่างกายเกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ เช่น วัณโรค เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ปอดอักเสบจากเชื้อรา รวมทั้งมะเร็งบางชนิด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ผู้ที่ติดเชื้อ HIV จะถูกเรียกว่า “ผู้ป่วยเอดส์ (AIDS)” การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในมารดาที่ตั้งครรภ์ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก ที่เป็นสาเหตุทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนดหรือทารกตายคลอด และทารกมีน้ำหนักตัวน้อย หลังคลอด เป็นต้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO: ออนไลน์) พบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ทั่วโลก ในระหว่างปี 2564-2566 ร้อยละ 1.8, 1.7 และ 1.6 มีทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาประมาณ 2.7, 2.5 และ 2.3 ล้านคนตามลำดับ ประเทศไทยในปี 2564- 2566 พบมารดา

ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 32,900 ราย, 32,700 ราย และ 32,500 ราย ตามลำดับ มีทารกที่ติดเชื้อจากมารดาจำนวน 673 ราย 621 ราย และ 564 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.04, 1.89 และ 1.76 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เกิดแผลในโพรงมดลูกและฝีเย็บหายช้า ภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ ร่างกายไวต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งพบได้มากกว่ามารดาที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 1.5-3 เท่า จึงทำให้ร่างกายไม่สามารถต่อสู้กับการติดเชื้อได้ (WHO: ออนไลน์)

สถิติมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถีในปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวน 1,250 ราย 1,200 ราย และ 1,150 รายตามลำดับ ซึ่งพบมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ร้อยละ 2.0, 1.7 และ 1.3 ตามลำดับ (โรงพยาบาลราชวิถี, 2567) สาเหตุที่สำคัญ คือ มารดาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ การรับยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ มารดาที่ติดเชื้อแล้วมีการตั้งครรถ์ซ้ำ มีการปกปิดผลเลือดกับสามี จึงทำให้มารดากลุ่มนี้ มีความเสี่ยงสูงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก การผ่าตัดคลอดสามารถลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ เพราะจะลดการสัมผัสของทารกกับช่องคลอดมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี แนวทางการดูแลสุขภาพมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอการดำเนินโรคและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การตรวจติดตามระดับไวรัสในเลือดอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับยาด้านไวรัสตามระดับไวรัสในเลือด การตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดความเครียด ความวิตกกังวล หรือโรคซึมเศร้า การดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถควบคุมระดับไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำได้ ช่วยให้มีมารดามีสุขภาพแข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขกับครอบครัว และทำให้การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้น้อยลง

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจและเลือกมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี มาเป็นกรณีศึกษาเพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม และการให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ การตรวจติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ในการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดาและทารกแบบองค์รวม (เบญญาภา ธิติมาพงษ์ และคณะ, 2563) กับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994) ทฤษฎีทางการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ให้ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งการส่งต่อสถานพยาบาลกลับบ้านในการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เลือกกรณีศึกษาamarดาหลังคลอดรายที่มีภาวะการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับ จำนวน 1 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารและแพ้สารต่างๆ ประวัติการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน ไม่คุมกำเนิด ประวัติครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการได้รับวัคซีน และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ทำการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดตามระบบ และให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับแบบแผนภาพของกอร์ดอน (Gordon) และการพยาบาลการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem)

2. ศึกษาคุณค่าข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ ระบาดวิทยา การรักษา การพยาบาล เกษัชวิทยาจากเอกสารตำรา งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล จากผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานและจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

3. วางแผนให้กระบวนการพยาบาล

4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา และประเมินผลการพยาบาล ตามแผนที่วางไว้

5. สรุป วิเคราะห์ รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเพื่อการแก้ไข และ จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการวิจัย

1. กรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 33 ปี สถานะสมรส เชื้อชาติและสัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สติธิการรักษาประกันสังคม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566 ด้วยโรค G2P1 GA 36⁺³ wk. by Ultrasound with HIV infection with Chronic HBV infection with risk beta-thalassemia major with Fetal left CHD with liver herniate with Polyhydramnios 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องแข็ง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ไม่ปวดท้อง ทารกดิ้นดี ตรวจพบมี Uterine contraction แพทย์จึงให้ Admitted LR Observe อาการ และให้การคลอดบุตรในเวลาต่อมา แพทย์ให้พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ราชวิถีจนถึงวันที่ 18 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน

เคยมีประวัติคลอด 1 ครั้ง Normal labor ครบกำหนดเด็กเพศหญิงแข็งแรงดี น้ำหนักแรกคลอด 3,500 กรัม ที่โรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดจันทบุรี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นติดเชื้อ HIV เมื่อ พ.ศ. 2560 ที่โรงพยาบาลแพทย์รังสิต กินยามา 1 ปี หลังจากนั้นผู้ป่วย Loss Follow-up และเริ่ม start ยา TLD 1x1 oral pc. เมื่ออายุครรภ์ GA 28⁺³ wk. ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลภูมิพล Ultrasound พบ Fetal Left CDH ผลตรวจ Hb Type พบ Homozygous Hb E แพทย์วินิจฉัยเป็น High risk for Beta-thalassemia major ผลตรวจเลือดพบ Anti-HIV: positive (CD4 = 299 cell/cu.mm) ผลตรวจ %CD4 = 13.2%, HBV infection (HBV viral load สูง

=209,000 IU/mL) แพทย์ให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลแพทยรังสีตามสิทธิ์ ใด้ยา TLD 1x1 oral pc. และ GA 34⁺³ wk. Ultrasound พบFetal Left CDH with suspected liver herniation ส่งปรึกษากุมารแพทย์ (Pediatric) ลงความเห็นว่าการมีความเสี่ยงสูงหลังคลอดต้องใส่เครื่อง ECMO เนื่องจากเครื่องมือไม่เพียงพอ จึง refer เพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลราชวิถี

2. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

จากการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ พบสภาพผู้ป่วยมีลักษณะดังนี้

1. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/96 มิลลิเมตรปรอท
2. สุขภาพทั่วไป: หญิงไทย รูปร่างใหญ่ หลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน
3. ผิวหนัง: สีผิวสองสี ผิวเรียบ อุณหภูมิสัมผัส มีความตึงตัวของผิวหนังดี ชุ่มชื้น ไม่มีผิวหนังเขียวหรือม่วง ไม่มีภาวะตัวเหลือง ผิวหนังไม่มีผื่นคัน แดง
4. ศีรษะ และใบหน้า: สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง รูปร่างใหญ่ ไม่พบก้อนเนื้อและรอยโรค
5. ตา: การเคลื่อนไหวของตาปกติ ไม่มีหนังตาตก เชื่อบุตาไม่ชัด ไม่พบตาขาวมีสีเหลือง, รูม่านตามีขนาดประมาณ 3 mm. การตอบสนองได้ดีของตาทั้งสองข้าง
6. หู: ไม่พบก้อนเนื้อบริเวณหูด้านนอก, ช่องหูทั้ง 2 ข้างปกติ การได้ยินปกติ
7. จมูก: รูปร่างรูปร่างภายนอกปกติ เชื่อบุจมูกมีสีชมพู ไม่มีของเหลวที่ปล่อยออกมา กระจกผ่นกั้นไม่คดโค้ง
8. ปาก: เชื่อบุช่องปากเป็นสีชมพู ต่อม น้ำลายเปิดปกติ ไม่มีฟันผุ ปากไม่ซีด ไม่มีรอยเขียวม่วง ลิ้นไก่อยู่ในแนวกลาง เพดานอ่อนและเพดานแข็งไม่มีรอยโรค ต่อมทอนซิลไม่มีอาการบวม
9. คอ: ไม่มีคอติดแข็ง หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง
10. ต่อม น้ำเหลือง: ต่อม น้ำเหลืองปกติ กดไม่เจ็บ ไม่มีการขยาย
11. เต้านม: เต้านม ขนาดของเต้านมทั้งสองข้างมีรูปร่างสมมาตรกัน ไม่มีสารคัดหลั่ง ไม่มีก้อนเนื้อ หัวนมปกติ
12. ระบบการหายใจ: รูปร่างอกปกติ เสียงหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
13. ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ไม่มีอาการผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 84-96 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ จังหวะการเต้นของชีพจรส่วนปลายที่ปกติ ชัดเจนและสม่ำเสมอ
14. ช่องท้องและลำไส้: มดลูกอยู่ในระดับสะดือ กลมแข็งดี มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องตามขวาง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ 6 ครั้ง/นาที
15. ระบบสืบพันธุ์: อวัยวะสืบพันธุ์ไม่ผิดปกติ มีน้ำคาวปลาออกสีแดงสด

16. ระบบประสาทและการเคลื่อนไหว: การเคลื่อนไหวปกติ รูปร่างไม่ผิดปกติ/พิการ, กำลังของกล้ามเนื้อปกติ, ไม่มีความบกพร่องทางการรู้สึกสัมผัส ประสาทรับความรู้สึกทุกด้านปกติ ไม่มีอาการปวดตามข้อมือ ข้อเท้าหรือปวดตามกระดูก

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจ Complete Blood Count

ชนิดการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		12 ธ.ค.66	14 ธ.ค.66
WBC	4,400-11,300 cell/cumm	8,950	12,400 ↑
RBC	4,500-5,100 cell/cumm	5,120	4,450 ↓
Hb	12..3-15.3 g/dl	9.2 ↓	7.9 ↓
Hct	36.0-45.0%	29.4 ↓	24.2 ↓
MCV	80.0-96.0 fl	57.4 ↓	54.4 ↓
MCH	27.5-33.2 pg	18.0 ↓	17.8 ↓
MCHC	33.4-35.5 g/dl	31.3 ↓	32.6 ↓
Platelet	150,000-450,000 cell/cumm	293,000	294,000
Neutrophil	45.0-75.0%	65.5	76.5 ↑
Lymphocyte	20.0-45.0%	26.6	18.7 ↓
Monocyte	2.0-6.0%	5.7	4.4
Eosinophil	1.0-6.0%	2.1	0.2 ↓
Basophil	0.0-1.0%	0.1	0.2

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ผลการตรวจ Complete Blood Count พบว่า มารดาหลังคลอดมีการอักเสบหรือติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากเม็ดเลือดขาว White blood cell (WBC) อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าค่าปกติ มีภาวะเลือดจางเล็กน้อย เนื่องจากเม็ดเลือดแดง (Red blood cell; RBC) อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าปกติ ระดับฮีโมโกลบินในเลือด (Hemoglobin; Hb) และระดับความเข้มข้นเลือด (Hematocrit; Hct) ต่ำกว่าค่าปกติ เนื่องจากมีภาวะธาลัสซีเมีย ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง (Mean cell volume; MCV) ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง Mean cell hemoglobin (MCH) และค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง (Mean cell hemoglobin concentration; MCHC) ต่ำกว่าค่าปกติ เนื่องจากมารดามีภาวะธาลัสซีเมีย Neutrophil อยู่ในเกณฑ์สูง แสดงถึงมารดาหลังคลอดมีภาวะอักเสบติดเชื้อ ค่า Lymphocyte แสดงว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจ Cervix culture test

ผลตรวจ	ค่าปกติ	13 ธ.ค.66
วันที่		
Aerobic Culture	No Growth	1. Moderate Candida albicans 2. Few Staphylococcus haemolyticus 3. Few Enterobacter cloacae

จากตารางที่ 2 พบว่ามารดาหลังคลอดรายนี้ ติดเชื้อของช่องคลอด เนื่องจากพบเชื้อรา Candida albicans ปริมาณปานกลาง ซึ่งเป็นเชื้อราที่พบบ่อยในช่องคลอดของผู้หญิงพบเชื้อแบคทีเรีย Staphylococcus hemolytic ปริมาณน้อย และพบเชื้อแบคทีเรีย Enterobacter cloacae ปริมาณน้อย

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจหาเชื้อจากเลือด (Hemoculture)

ผลตรวจ	ค่าปกติ	12 ธ.ค. 66	14 ธ.ค. 66
วันที่			
Aerobic Culture	No Growth	No Growth	No Growth after 3 days

จากตารางที่ 3 ผลการเพาะเชื้อจากเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราในตัวอย่างเลือด พบว่าไม่มีเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราเกิดขึ้นในตัวอย่างเลือดของผู้ป่วย

4. การวางแผนการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับแบบแผนภาพของกอร์ดอน (Gordon) และการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) มาประกอบการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ตามการวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีมารดามีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

1.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ให้มารดาหลังคลอดนอนพักลดการใช้พลังงาน และงดอาหารและน้ำทางปาก
- 2) สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลง
- 3) ตรวจนับชีพจรและวัดความดันโลหิตทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก
- 4) ดูแลให้สารน้ำ 5%DNSS/2 1000 ml เข้าหลอดเลือดดำ

- 5) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และวัดระดับยดมดลูก
- 6) บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อดูความสมดุลของน้ำและเกลือแร่
- 7) ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดู

การทำงานของไต

- 8) ดูแลความสุขสบาย ให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย

1.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า หลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดีกลมแข็งระดับ สะดือ ความเข้มข้นของเลือด 29.4% ชีพจรอยู่ในช่วง 70-86 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 100/60-130/70 มิลลิเมตรปรอท

2. มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

2.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (Sedation score > 1 รายงานแพทย์)
- 2) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ให้อ่อนตะแคงหน้าเพื่อป้องกันการสำลักและภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ ให้พลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุงได้ ห้ามลุกนั่งหรือยืน จนกว่าจะครบ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
- 3) ประเมินและตรวจวัดสัญญาณชีพวัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และสังเกตอาการทุก 4 ชั่วโมง ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ
- 4) สังเกตอาการ ปวดศีรษะ ซาชา คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นคันตามร่างกาย
- 5) สังเกตและบันทึกสีผิว เยื่อบุตา ปากซีด เหงื่อออก ตัวเย็น และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน
- 6) กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ เพื่อป้องกันภาวะปวดแผล
- 7) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก รักษาความอบอุ่นของร่างกายโดยห่มผ้าและจัดสิ่งแวดล้อมให้ สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
- 8) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

2.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

- 1) ผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 70-84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O2 saturation 100% ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีผื่นคันตามร่างกาย อาการซาชาทุเลาลง
- 2) หลังการผ่าตัดวันที่ 1 สามารถลุกเดินได้ดี ไม่มีอาการซาชา

3. มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดในท้อง

3.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัด/ปวดในท้อง ด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง และใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือและเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด
- 2) แนะนำให้นอนในท่าที่สบาย เช่น นอนตะแคง นอนท่าศีรษะสูง ชันเข่า เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยให้อาการปวดทุเลาลง
- 3) แนะนำให้ใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ขณะลุกนั่งหรือเดิน เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด
- 4) สอนเทคนิคการหายใจเพื่อการลดปวด
- 5) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อช่วยให้อาการปวดแผลทุเลาลง
- 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวก เพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 7) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Tramal 50 mg และ Paracetamol (500 mg)
- 8) พุดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ผ่อนคลายความเจ็บปวดให้ทุเลาลง

3.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

- 1) มารดามีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score เท่ากับ 6 คะแนน ให้ Tramal 50 mg IV หลังจากได้ยาฉีดพักได้ปวดท้องทุเลาลง
- 2) มีอาการปวดหน้าท้องในท้องเป็นพักๆ Pain score เท่ากับ 4-6 คะแนน ได้ยา Paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn วันละ 1 dose หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ความเจ็บปวดทุเลาลง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น
- 3) มารดามีอาการปวดแผลผ่าตัด/ปวดในท้องทุเลาลงพักได้ Pain score เท่ากับ 2-3 คะแนน

4. มารดามีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

4.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ให้ยา TLD 1 tab oral 1x3 pc ตามแผนการรักษา
- 2) ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายวัดทุก 4 ชั่วโมง
- 3) ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อด้วยยา Cef-3 2 gm iv OD X 3 วัน ตามแผนการรักษาและประเมินอาการแพทย์หลังจากให้ยาฆ่าเชื้อ

4) ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับ 5% D/NSS/2 1,000ml iv rate 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา
ของแพทย์

5) บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต

6) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากและฟัน เช็ดทำความสะอาดร่างกาย

7) ติดตามผลโลหิตวิทยาโดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และค่านิวโทรฟิล (neutrophil)
เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

8) ติดตามผล Septic work up (H/C, U/C)

4.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า

1) หลังผู้ป่วยได้ Antibiotic เป็น Cef-3 ฉีดครบ 3 วัน อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิร่างกายในช่วง 36.6-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที
ความดันโลหิต 100/60 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท

2) ผลตรวจ Septic work up พบว่า H/C = No growth, U/C = No growth

5. โอกาสติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

5.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

1) ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลัง
คลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย

2) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผล
ผ่าตัดมาก แผลมีหนองมี discharge ชิม และน้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น

3) ให้ยา Cef-3 2 gm IV OD x 3 วัน ตามแผนการรักษา

4) แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี ล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง

5) เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมม

6) แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น
เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม

7) แนะนำให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้ถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะแคะแผล และสังเกตสิ่งคัดหลั่ง
ที่ออกมาจากแผล และอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น
แผลพยาบาลให้ทราบทันที

5.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า มารดาหลังคลอดวันที่ 3 ไม่มีอาการแสดงของภาวะ
ติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge ชิม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิอยู่

ในช่วง 36.6-37.3 องศาเซลเซียส ซึ่งพบอยู่ในช่วง 70-84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท

6. มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

6.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับมารดา แสดงท่าทางเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามหรือระบายความรู้สึก
- 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร อธิบายสาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคของแพทย์
- 3) ให้ข้อมูลของทารกแก่ญาติของมารดา เกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยวิกฤต
- 4) รายงานแพทย์ให้ช่วยให้อาการของบุตรเป็นระยะ เพื่อให้มารดามีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ในการดูแลบุตร
- 5) พูดคุยกับมารดาให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ
- 6) ประเมินความกังวลของมารดา โดยสังเกตภาษากาย น้ำเสียง ท่าทาง และสีหน้าของมารดาเป็นระยะ และรายงานแพทย์เมื่อพบมารดามีอาการผิดปกติ
- 7) รับฟังความกังวลของมารดาอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อมารดา ช่วยให้การผ่อนคลายด้วยเทคนิคการหายใจ การฝึกสมาธิ หรือดนตรี

6.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า มารดามีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับอาการของบุตรที่รักษาอยู่ มารดาได้ไปเยี่ยมบุตรในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอาการดีใจ

7. มารดาหลังคลอดพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเรื่องการดูแลตนเอง ต่อเนื่องและการดูแลบุตรต่อที่บ้าน

7.1 กิจกรรมให้การพยาบาล มีดังนี้

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเชื้อไวรัส สาเหตุ อาการ การป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากมารดาสู่ทารก
- 2) แนะนำมารดาและสามี ให้รับประทานยาต้านไวรัส (TLD 1tab oral hs) สม่ำเสมอ ไม่หยุดกินยาเอง ให้ติดต่อแพทย์และพยาบาล และไม่ซื้อยารับกินเอง และไม่ใช้ร่วมกับยาแก้ปวดหัวไมเกรน (แจกบัตรขอห้ามใช้ร่วมกับยาไมเกรน)
- 3) แนะนำจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสะอาด อากาศปลอดโปร่ง การรักษารับยาตามสิทธิประกันสุขภาพ

4) ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายไม่ให้ถูกละเมิดสิทธิในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการทำงาน

5) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ลูก และการป้องกันการถ่ายทอดและรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม การตรวจตามนัดเพื่อพบแพทย์และรับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง แนะนำให้สามีของผู้ป่วยรักษารับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

6) ให้ความรู้ในการดูแลตนเองของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และการดูแลทารก

7) แนะนำขั้นตอนการมาตรวจตามนัด หรือการตรวจหลังผ่าตัดคลอดบุตร

8) แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคธาลัสซีเมีย อาหารสำหรับมารดาหลังคลอดบุตร ได้แก่ อาหารที่มีโปรตีนสูง อาหารที่มีกรดโฟลิกสูง อาหารที่มีแคลเซียม แมกนีเซียม และวิตามินดีสูง อาหารที่มีวิตามินเอ วิตามินอี และวิตามินซีสูง การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ควรงดอาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารที่มีคาเฟอีน และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอาจส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกได้

7.2 การประเมินผลการพยาบาล พบว่า มารดามีความรู้ มีความเข้าใจ ในคำแนะนำที่พยาบาลได้อธิบายและถ่ายทอดให้

อภิปรายผลการวิจัย

จากกรณีศึกษา มารดามีภาวะติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องขาดการรับประทานยาต้านไวรัสมา 6 ปี การตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ครั้งแรกช้า โดยได้ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 28 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือดครั้งแรกพบมี CD4 count ต่ำ แสดงว่าระบบภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเอชไอวี เช่น เชื้อฉวยโอกาส และผล viral load สูง แสดงว่ามีไวรัสเอชไอวีจำนวนมากอยู่ในเลือด ซึ่งมีผลทำลายระบบภูมิคุ้มกันมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเอชไอวีและแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย โดยเฉพาะมีผลต่อการติดเชื้อไปสู่ลูกได้ง่าย จากผลที่มารดาตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสล่าช้า และสามีมีการติดเชื้อเอชไอวีพร้อมกันตั้งแต่ปี 2560 ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง เมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย ทำให้บุตรในครรภ์มีโอกาสรับเชื้อเอชไอวีสูงหากมารดามีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ การที่มารดาได้รับยาต้านไวรัสช้าจะส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด และมารดาหลังคลอดอาจเกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ติดเชื้อในโพรงมดลูกจากเชื้อฉวยโอกาส และการตกเลือดหลังคลอดได้ กรณีศึกษานี้ พบว่าทารกมีความผิดปกติของหัวใจตั้งแต่กำเนิด และมีภาวะตับเคลื่อนออกจากตำแหน่งปกติไปอยู่ที่ช่องหน้าอกผ่านช่องกะบังลมที่ไม่ปิดสนิท หลังคลอดทารกเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทารกต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางและในหน่วย NICU ที่มีแพทย์และเครื่องมือที่พร้อมในการช่วยชีวิต ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัว

นาน ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กในอนาคตได้ และการผ่าตัดคลอดสามารถลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ลูกได้ เนื่องจากทารกจะไม่สัมผัสกับช่องคลอดของมารดา ซึ่งอาจมีเชื้อเอชไอวีอยู่ หลังคลอดทารกควรได้ยาต้านไวรัสภายใน 2 ชั่วโมง และให้ต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ และตรวจวัด viral load ของทารกเป็นระยะติดตามอาการ เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีรายนี้ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคลดลง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อหลังคลอด ต้องได้รับการรักษาเพิ่มและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถให้นมบุตรได้ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสมให้ทารก และไม่ส่งเสริมสายใยรักจากแม่สู่ลูก จากการให้ทารกดื่มนมจากเต้าของแม่ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าสาเหตุดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมด้านสุขภาพของมารดาที่ไม่ถูกต้อง มารดาไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาตนเองและไม่มีการคุมกำเนิด เนื่องจากรู้ว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว และเมื่อตั้งครรภ์ก็ไปฝากครรภ์ฯ ทำให้ได้รับยาต้านไวรัสฯ จึงส่งผลต่อสุขภาพของทารกและตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี แก่กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ การใช้อย่างอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวี และการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรส่งเสริมการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคโดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคฉวยโอกาส เป็นต้น
3. ควรให้คำปรึกษาด้านพันธุกรรม แก่คู่สามีภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับความเสี่ยงของการถ่ายทอด เชื้อสู่ทารก และทางเลือกในการมีบุตร
4. ควรส่งเสริมให้มารดาตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีฝากครรภ์เร็วตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์และรับการปรึกษาเป็นคู่ในระยะก่อนคลอดระยะคลอดและหลังคลอด การฝากครรภ์เร็วทำให้มารดาเข้าถึงยาต้านไวรัสได้เร็ว และส่งผลให้ทารกไม่ติดเชื้อจามารดาหรือลดการติดเชื้อได้
5. ควรตรวจติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
6. ควรให้ความรู้และสนับสนุน แก่มารดาตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรักษา การให้นมบุตร และการเตรียมตัวสำหรับการคลอด
7. ควรจัดฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนแก่มารดาตั้งครรภ์และทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี และฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะคลอดที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้สูง พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในการดูแลรักษาแก่ผู้คลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในผู้คลอดแต่ละราย

8. ควรมีการสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการป้องกัน การรักษา และการดูแลรักษาเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ
9. ควรมีการสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลรักษา มารดาตั้งครรภ์และทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี
10. ควรให้การรักษาแก่ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างทันต่วงที และการให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกแรกเกิดภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
11. ควรส่งเสริมให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเกี่ยวกับการให้นมผสมแก่ทารก
12. ควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจ แก่ครอบครัวที่มีทารกติดเชื้อเอชไอวี มีระบบติดตามส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกและเพื่อป้องกันมารดาจากการติดเชื้อฉวยโอกาส การดูแลมารดา กลุ่มนี้ควรให้การดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ สู่ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งมีการดูแลอย่างเป็นระบบของทีมดูแลสุขภาพนี้ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการต่างๆ เช่น ห้องฝากครรภ์เสี่ยงสูง ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด การได้รับการเฝ้าระวังและให้การดูแลอย่างทันต่วงที จะทำให้มารดาและทารกผ่านระยะคลอดได้อย่างปลอดภัย พยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ พร้อมทั้งนำกระบวนการพยาบาลใช้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดมีความปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี

บรรณานุกรม

- เบญญาภา ธิติมาพงษ์ และคณะ. การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์1 (เล่ม 1) (Midwifery and Maternal Newborn Nursing 1). คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
- โรงพยาบาลราชวิถี. (ออนไลน์). รายงานสถิติ. (เข้าถึงเมื่อ 6 มี.ค.67). เข้าถึงได้จาก:
https://www.rajavithi.go.th/rj/?page_id=10248
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice (6th ed.)*. St Louis: Mosby, Inc.
- WHO. (ออนไลน์). สถิติอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก. (เข้าถึงเมื่อ 4 ธ.ค.66). เข้าถึงได้จาก:
<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies>



Social Support Factors Affecting COVID-19 Prevention Behaviors of Village Health Volunteers in Donsak Hospital Responsibility Area, Surat Thani Province

Apiyut Chusri¹ Jerasak Thappa²

¹Student of Master Degree, (Health System Management Program)

²Lecturer, Faculty of of Allied Health Sciences, Pathumthani University

(Received: July 17, 2024 ; Revised: July 29, 2024 ; Accepted: July 31, 2024)

Abstract:

The objectives of this study were: 1) to examine COVID-19 prevention behaviors and social support of Village Health Volunteers 2) to study of personal factors and social support factors affecting COVID-19 prevention behavior of village health volunteers in Donsak Hospital responsibility area, Surat Thani Province. The conceptual framework was a social support. There was a study hypothesis: personal factors such as gender, age, education level, occupation, period of being a village health volunteer and social support affecting COVID-19 prevention behavior of village health volunteers. This study uses a descriptive approach. The population was 299 village health volunteers in Donsak Hospital responsibility area, Surat Thani Province. It was used to calculate the sample size using Wayne W.D.'s formula by systematic random sampling, resulting in a total of 164 village health volunteers. The study instrument was a questionnaire. The data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Spearman's correlation coefficient.

The study results revealed that sample group had: 1) COVID-19 prevention behaviors at a highest level, and overall social support at a high level with a high level of emotional support, value aspect at a high level, resources at a high level, and information at a high level. 2) personal factors include male gender, period of being a village health volunteer for 16years or more, and social support in terms of values aspect were the factors affecting COVID-19 prevention behavior of village health volunteers in Donsak Hospital responsibility area, Surat Thani Province.

Keywords: Village Health Volunteer, Social Support, COVID-19, COVID-19, Preventive Behavior

Corresponding Author : Tel. 088 948 7264

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อภิยุทธ ชูศรี¹, จิระศักดิ์ ทัพพา²

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ)

²อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด 19 และแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษา สมมติฐานการศึกษา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 299 คน นำไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne W.D. ด้วยการสุ่มแบบเป็นระบบ ได้จำนวน 164 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี 1) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมากที่สุด และมีแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ด้านคุณค่าอยู่ในระดับมาก ด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมาก และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชาย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 16 ปีขึ้นไป และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านคุณค่า เป็นปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แรงสนับสนุนทางสังคม, โรคโควิด 19, พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

บทนำ

การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐ ประชาชนจีน ซึ่งเป็นเมืองที่มีประชากรมากที่สุด ในภาคกลางของประเทศจีน กว่า 19 ล้านคน วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ได้ออกประกาศเป็นทางการ พบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับตลาดอาหารทะเลที่เมืองอู่ฮั่น โดยสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดในการติดต่อสู่คน คือ การสัมผัสกับเนื้อสัตว์ประเภทต่าง ๆ ที่วางขายในตลาด และเนื่องจากเมืองอู่ฮั่นเป็นเมืองใหญ่ที่มีประชาชนอยู่หนาแน่น จึงทำให้การระบาดแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หลังจากพบการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนและองค์การอนามัยโลกอธิบายว่า ไวรัสชนิดดังกล่าว คือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19 (ย่อมาจาก CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease และ 19 แทน 2019) ตามการประกาศชื่ออย่างเป็นทางการที่ใช้เรียก โรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ขององค์การอนามัยโลก และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก (กรมควบคุมโรค, 2564)

ประเทศไทยได้มีประกาศให้โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่ผ่านระบบทางเดินหายใจ โดยการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 นั้นสามารถแพร่กระจายได้โดยผ่านทางสิ่งคัดหลั่งของคน เช่น น้ำลาย น้ำมูก และเสมหะของผู้ติดเชื้อซึ่งสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือที่ถูกต้อง การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ดังนั้นการรณรงค์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองและปฏิบัติตัวในการป้องกันตัวเองอย่างถูกต้องจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ ที่ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มิบทบาทในการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจากการเกิดโรค (กิตติพร เนาว่าสุวรรณ และคณะ, 2563) และหลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อต้องเฝ้าระวัง เมื่อวันที่ 20 เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 (กรมควบคุมโรค, 2566)

จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของศูนย์ข้อมูล COVID-19 ประเทศไทย เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมทั่วโลก จำนวน 307,869,046 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 5,505,839 ราย ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยสะสมติดเชื้อสะสมจำนวน 2,277,476 ราย เสียชีวิต จำนวน 21,838 ราย โดยมีผู้ป่วยสะสมในรายพื้นที่การรักษา คือ กรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 880,361 ราย ภาคใต้ จำนวน 402,740 ภาคตะวันออก 302,751 ราย ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 274,941 ภาคกลาง จำนวน 142,750 ราย ราย ภาคเหนือ จำนวน 139,150 ราย และภาคตะวันตก จำนวน 134,010 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูล COVID-19, 2565) และรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของศูนย์ข้อมูล

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัด สุราษฎร์ธานี เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565 พบว่ามีผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จำนวน 29,784 ราย เสียชีวิต จำนวน 160 ราย (ศูนย์ข้อมูล COVID-19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2565) และในปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566) มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 7,297 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 681.82 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต จำนวน 13 ราย อัตราต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 1.21 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.18 โดยแยกเป็นรายอำเภอที่พบผู้ป่วยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ คือ เกาะพะงัน อัตราป่วยเท่ากับ 2,520.41 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอเกาะสมุย, อำเภอพนม, อำเภอเวียงสระ, อำเภอบ้านนาเดิม, อำเภอบ้านนาสาร, อำเภอท่าชนะ, อำเภอพุนพิน, อำเภอกาญจนดิษฐ์, อำเภอเคียนซา, อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี, อำเภอบ้านตาขุน, อำเภอพระแสง, อำเภอดอนสัก, อำเภอไชยา, อำเภอท่าฉาง, อำเภอกีรีรัฐนิคม, อำเภอวิภาวดี, อำเภอชัยบุรี, อัตราป่วยเท่ากับ 1557.04, 1459.85, 1118.25, 1072.02, 1008.03, 815.62, 605.16, 589.37, 581.36, 544.91, 409.68, 382.17, 53.6, 146.85, 123.63, 86.18, 70.38, 56.91 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอำเภอดอนสัก พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 719 ราย เสียชีวิต 6 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2565 ข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของอำเภอดอนสัก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 58 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 156.97 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลดอนสัก, 2566) อำเภอดอนสักจึงได้กำหนดมาตรการในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 โดยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน การเคาะประตูบ้านให้ความรู้ การรณรงค์ให้ประชาชนได้รับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน กำหนดจุดตรวจคัดกรองโรคของแต่ละชุมชนเพื่อคัดกรองคนที่เข้ามาในพื้นที่เพื่อป้องกันการระบาดในชุมชน และติดตามเฝ้าระวังประชาชนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีการดำเนินการ ป้องกันและควบคุมโรคตามที่กล่าวมาข้างต้นอย่างต่อเนื่อง และในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติ และมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อที่ถูกต้อง เพื่อจะเป็นต้นแบบให้กับประชาชนในชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการโรค ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปรับตัวและพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสม

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัด สุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้อจากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้อย่างถูกต้อง และเป็นแบบอย่างให้กับชุมชนในการสร้างพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านคุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร และ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)
 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 ประชากร คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 299 คน
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 164 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)
 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) มีจำนวน 3 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 24 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัด 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอน ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.91

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกับประชาชนในตำบลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน คน เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหา Alpha Coefficient (Cronbach, 1974) เพื่อหาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามโดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.96 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

3. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.2 วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=164)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	9.80
หญิง	148	90.20
รวม	164	100
อายุ		
ระหว่าง 25-44 ปี	40	24.40
ระหว่าง 45-65 ปี	114	69.50
ระหว่าง 66-86 ปี	10	6.10
Min = 25, Max = 86, \bar{x} = 51.16, S.D. = 9.70		
รวม	164	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	68	41.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	18.30

มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช	39	23.80
อนุปริญญา / ปวส./ปวท.	13	7.90
ปริญญาตรี	14	8.50
รวม	164	100
อาชีพ		
รับจ้าง	25	15.20
เกษตรกรกรม/เกษตรกร	78	47.60
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	28.00
งานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	9.10
รวม	164	100
ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
ต่ำกว่า 5 ปี	14	8.5
5-10 ปี	17	10.4
11-15 ปี	63	38.4
ตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป	68	42.7
รวม	164	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.20 กลุ่มอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 45-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.50 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรม/เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 47.60 และมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 42.7

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=164)

แรงสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านอารมณ์	3.98	0.47	มาก
ด้านคุณค่า	3.87	0.60	มาก
ด้านทรัพยากร	3.66	0.54	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.82	0.58	มาก
รวม	3.83	0.43	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.47) แรงสนับสนุนด้านคุณค่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.60) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.66$, S.D. = 0.54) และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = 0.58)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรายข้อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=164)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	\bar{x}	S.D.	ระดับปฏิบัติ
1. ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์หลังสัมผัสบริเวณ หรือสิ่งของที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19	3.80	0.55	มากที่สุด
2. ท่านรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข	3.74	0.60	มากที่สุด
3. เมื่อท่านไอหรือจาม ท่านหันหน้าออกจากผู้อื่น และใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก	3.87	0.42	มากที่สุด
4. ท่านสวมหน้ากากอนามัย/ผ้า เมื่อออกไปในที่สาธารณะ	3.88	0.40	มากที่สุด
5. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ เสมอ	3.92	0.31	มากที่สุด
6. ท่านใช้ช้อนกลางขณะรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.96	0.25	มากที่สุด
7. ท่านเข้ารับการจัดวัคซีนโควิด 19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อ	3.49	0.89	มากที่สุด
8. มีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูกเจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเหนื่อยหอบ ลื่นไม่รับรสชาติ ท่านไปพบแพทย์ทันที	3.36	1.06	มากที่สุด
9. ท่านแยกของใช้ส่วนตัว และหลีกเลี่ยงการใช้ของร่วมกับผู้อื่น	3.69	0.83	มากที่สุด
10. ท่านทำความสะอาดบ้าน ที่พักอาศัย อุปกรณ์และบริเวณที่มีผู้สัมผัสร่วมกัน เช่น ราวบันได หรือ ลูกบิดประตู	3.74	0.57	มากที่สุด
รวม	3.74	0.30	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.74$, S.D. = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีพฤติกรรมมากที่สุด คือ การใช้ช้อนกลางขณะรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นอยู่ ซึ่งพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.25) รองลงมา คือ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ เสมอ ซึ่งมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.31) ข้อที่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยที่สุด คือ เมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูกเจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเหนื่อยหอบ ลื่นไม่รับรสชาติจะไปพบแพทย์ทันที ซึ่งมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = 1.06)

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R²) ในการทำนายปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวแปรต้น	R	R ²	Unstd.		Std.	t	p-value
			B	SE			
Constant			3.451	.145		23.832	.000
เพศชาย	.215	.046	.238	.074	.241	3.214	.002
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป	.306	.094	.125	.045	.209	-2.782	.006
แรงสนับสนุนด้านคุณค่า	.350	.122	.083	.036	.170	2.290	.023

** p-value < 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า ตัวแปรเพศชาย ถูกคัดเลือกเข้าเป็นสมการอันดับแรก สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 4.6 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ถูกคัดเลือกเข้าเป็นสมการอันดับสอง สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 แรงสนับสนุนด้านคุณค่า ถูกคัดเลือกเข้าเป็นสมการอันดับสาม สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 โดยสามารถเขียนสมการ ดังนี้

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี = 3.415 + 0.238 (เพศชาย) + 0.125 (ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป) + 0.083 (แรงสนับสนุนด้านคุณค่า)

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (Beta)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี = 0.241 (เพศชาย) + 0.209 (ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป) + 0.170 (แรงสนับสนุนด้านคุณค่า)

สรุปผลการวิจัย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.20 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 45 - 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.90 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.60 และมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7

1.2 แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสักจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก แรงสนับสนุนด้านคุณค่า อยู่ในระดับมาก แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร อยู่ในระดับมาก แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลดอนสักจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศชาย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป และแรงสนับสนุนด้านคุณค่า สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ร้อยละ 34.53 ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเพศชาย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป และแรงสนับสนุนด้านคุณค่า มีแนวโน้มทำให้การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี สูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การใช้ช้อนกลางขณะรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นอยู่ ซึ่งพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด เพราะการรับประทานอาหารร่วมกันและถ้าไม่มีการใช้ช้อนกลางจะเป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 ได้ง่าย เพราะเป็นช่วงเวลาที่อาจจะมีโอกาสพูด สนทนากัน และ ยิ่งถ้าไม่ได้ใช้ช้อนกลางก็อาจจะทำให้เชื้อไวรัสสามารถติดต่อผ่านทางอาหารได้ ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น

วัสดุอุปกรณ์ หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ เงิน สิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโควิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.158$) แต่จากการศึกษาวิจัยที่พบว่า วัสดุ อุปกรณ์ มีส่วนสนับสนุนในส่วนนี้จริง แต่ไม่เพียงพอ และบางครั้ง อสม. จำเป็นต้องอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ได้รับเชื้อ ถึงแม้ว่า วัสดุอุปกรณ์ป้องกันก็ยังมีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกัน โรคโควิด - 19 คือ การรับรู้ บทบาท อสม. ($\beta = 0.387, p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.360, p < 0.001$) แรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน ($\beta = 0.168, p < 0.001$) การได้รับวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อสม. ที่ได้รับวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงานในระดับที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับที่เหมาะสม น้อยกว่า อสม. ที่ได้รับวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงานในระดับ ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิด เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ ที่ได้รับ ป้องกันตนเองเพื่อที่จะไปทำงาน บางอย่าง ไม่สามารถป้องกันตนเองจากโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ และไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวพร สุนทรวิงส์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย จันทร์โมลี และมยุนา ศรีสุกนันท (2562) พบว่าปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยการจัดให้มี วัสดุ/อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น ไม่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สำหรับในส่วนของแรงสนับสนุน ทางค่ายบุคคล ได้แก่ การมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใ้สอนแนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้ อสม. สามารถนำสิ่งที่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำไปถ่ายทอดให้ชาวบ้านได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.264$) จากการศึกษา พบว่าแรงสนับสนุนทางด้านสังคมด้านข่าวสารที่เป็น ประโยชน์ โดยข้อมูลที่ได้อาจจะมาจากสื่อ ตำรา หนังสือ ตลอดจนรูปแบบสื่อออนไลน์ ซึ่งสื่อดังกล่าวสรุปได้ว่า สื่อเป็นที่มาของข้อมูล ข่าวสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภรณ์ ภิญ โยชูโต (2563) ที่พบว่าแรงสนับสนุน ทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัวเพื่อน หรือแม่กระทั่งเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกันและ บุคลากรทางสุขภาพ จะมีส่วนสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ให้บุคคล และมีแนวโน้มที่จะประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ได้อย่างเหมาะสม

อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ ($r = 0.251$) จากการสังเกตร่วมกับการสอบถามกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ทำการเก็บตัวอย่างพบว่า ถ้าเป็นผู้สูงอายุใน ชุมชนจะขาดความเข้าใจในการป้องกัน ร่วมกับสาเหตุจากความถดถอยของร่างกายทำให้เป็นอุปสรรคในการ เข้าใจถึงสาเหตุ ตลอดจนแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค อีกทั้งผู้สูงอายุบางคนมีโรคประจำตัวทำให้เมื่อ เกิดการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ทำให้เกิดอาการรุนแรงได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว แต่ถ้าเป็นกลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะผ่านการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

จิตรา มุลทิ (2564) พบว่า อสม. ที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี น้อยกว่า อสม. ที่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี จากการตั้งข้อสังเกตของผู้วิจัยร่วมกับการสอบถามชาวบ้าน พบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 อสม. ที่ลงไปให้การช่วยเหลือชาวบ้านส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม อสม. ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จะมีทักษะการสอนแบบปฏิบัติ เช่น สอนการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกวิธี บอกประโยชน์ของการเว้นระยะห่าง รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนที่ดี ในขณะที่กลุ่ม อสม. ที่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (25-40 ปี) จะมีทักษะในเรื่องการสอนการใช้แอปพลิเคชันจากมือถือเช่น หมอพร้อม การนัดรับวัคซีน

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.05 ($r = -0.18$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เชาวลิต เลื่อนลอย (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย พบว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีผลบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เนื่องจากลักษณะของโรคสามารถติดต่อได้ง่ายอีกทั้งเชื้อไวรัสสามารถกลายพันธุ์ได้ง่าย ทำให้จำเป็นต้องมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ จึงมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

อาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($r = 0.165$) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพร วงศ์ศรี (2565) อาชีพ พบว่า อาชีพไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื่องจากการสมัครเข้าเป็น อสม. ไม่มีการแบ่งแยกอาชีพ ทุกอาชีพสามารถสมัครเข้าเป็น อสม. ได้ และก่อนการเป็นอสม.ต้องผ่านหลักสูตรอบรมการเป็น อสม.ใหม่ และ หลังจากได้รับคัดเลือกเป็นอสม.จะมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพ ของ อสม. ทุกคน

แรงสนับสนุนด้านทรัพยากรจากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยแรงสนับสนุนทางทรัพยากร เช่น วัสดุอุปกรณ์ หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ เงิน สิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 วิจัยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($r = 0.158$) แต่จากการศึกษาวิจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่ม อสม. ได้ให้ข้อมูลประกอบว่าวัสดุ อุปกรณ์ได้มีมาสนับสนุนในส่วนนี้จริง แต่ไม่เพียงพอ และบางครั้ง อสม. จำเป็นต้องอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ได้รับเชื้อ ถึงแม้ว่ามีอุปกรณ์ป้องกันก็ยังมีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกัน โรคโควิด - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้บทบาท อสม. ($\beta = 0.387, p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.360, p < 0.001$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = 0.168, p < 0.001$) การได้รับวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า อสม. ที่ได้รับวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน ในระดับที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับที่เหมาะสม

น้อยกว่า อสม. ที่ได้รับวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงานในระดับ ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากวัสดุ อุปกรณ์ ที่ได้รับ ป้องกันตนเองเพื่อที่จะไปทำงาน บางอย่าง ไม่สามารถป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 ได้ และไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในการ ปฏิบัติงานในสถานการณ์ปัจจุบัน

แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.264$) จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารที่เป็น ประโยชน์ โดยข้อมูลที่ได้อาจจะมาจากสื่อ ตำรา หนังสือ ตลอดจนรูปแบบสื่อออนไลน์ ซึ่งสื่อดังกล่าวสรุปได้ว่า สื่อเป็นที่มาของข้อมูล ข่าวสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภรณ์ ภิญญาโชโต (2563) ที่พบว่าแรงสนับสนุน ทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จากครอบครัวเพื่อน หรือแม่กระทั่งเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกันและ บุคลากรทางสุขภาพ จะมีส่วนสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ให้บุคคล และมีแนวโน้มที่จะประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล ดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล ดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 กล่าว คือ เพศอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศต่างกัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 แตกต่างกัน อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย 2564 ปัจจัยที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่าเพศ หญิงมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศ หญิงมีความละเอียดในการใส่ใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและให้ความตระหนักต่อการเป็นโรครมากกว่า เพศชาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าเพศชาย

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่นานมากกว่า 16 ปี ขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.021$) สอดคล้อง กับการศึกษาของการศึกษาของ ศิวพร สุนทรวิงส์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทร์ โมลี และมยุนา ศรี สุภนันต์ (2562) พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าอายุงานของการทำงานในบทบาท อสม. จะทำให้ประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น สามารถนำทักษะความรู้ที่ได้ ให้คำแนะนำแนวทางป้องกันตัวเองจากโรคได้ดีกว่า อสม. ที่มีอายุน้อย

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านคุณค่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.236$) เนื่องจากประชาชนที่ป่วยเป็นโรคโควิดได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. และประชาชนได้ทำการประเมินผลย้อนกลับให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อีกประการหนึ่งในการทำงานที่

เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน ความตั้งใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้งานนั้นลุล่วง และผลลัพธ์ที่ออกมาสามารถช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคหรือลดการเจ็บป่วยของคนในชุมชนได้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ถือเป็นแรงสนับสนุนด้านคุณค่าทางหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ (2565) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านคุณค่า เช่น การได้รับคำกล่าวชื่นชม และการได้รับการยกย่องจากคนในชุมชนมีผลต่อการทำงานของ อสม เพราะการให้คุณค่าถือเป็นการสร้างขวัญกำลังใจทางหนึ่ง เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าด้วยบทบาทหน้าที่ของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นการทำงานด้วยจิตอาสาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จลุล่วง และต้องทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนการปกครองท้องถิ่น ดังนั้นการสร้างแรงสนับสนุนด้านสังคมด้านคุณค่าทำให้สามารถที่จะช่วยเหลือดำเนินกิจกรรมต่างๆกับคนในชุมชนได้อย่างราบรื่น

ผลการวิเคราะห์หัตถถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่าตัวแปรเพศชาย ถูกคัดเลือกเข้าเป็นสมการอันดับแรก สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 21.6 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ถูกคัดเลือกเข้าเป็นสมการอันดับสอง สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.6 แรงสนับสนุนด้านคุณค่า ถูกคัดเลือกเข้าเป็นสมการอันดับสาม สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.9

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการควบคุมโรคโควิด 19 โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค จัดอบรมให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการเสริมสร้างทักษะอันพึงประสงค์ให้แก่ อสม และสามารถนำไปสอนประชาชนในชุมชนให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น ๆ เช่นในรูปแบบกึ่งทดลอง หรือวิจัยเชิงพัฒนา โดยนำแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมเข้ามาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพที่เหมาะสม สร้างความตระหนัก ซึ่งจะสามารถช่วยในการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด 19 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ในร้านอาหารและสถานบันเทิงสำหรับผู้ประกอบการและผู้ให้บริการ.(ออนไลน์).แหล่งที่มา จาก :<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int>. สืบค้นวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564.

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2566). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง.(ออนไลน์).แหล่งที่มา จาก : <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=1>. สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2566.
- กิตติพร เนาว่าสุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวพร คำแสงสวัสดิ์(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรง ของโรคติดต่อทางการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบัน บำราศนราดรุณ;14(2):92-103.
- งานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลดอนสัก. (2566) ข้อมูลสถานการณ์โรคโควิด 19. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลดอนสัก
- จิตรา มุลทิ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการ สคร. 9, 27(2), 5-14
- สุภาภรณ์ วงษ์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,มหาวิทยาลัย นเรศวร]. Naresuan University Intellectual Repository (NUIR).
- สรุวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2773-9007 (Online)
- ศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ (2565) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช/ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (2022): กันยายน - ธันวาคม 2565
- ศิริภรณ์ ภิญญูโชโต (2566) ปัจจัยเชิงพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการป้องกันโรคติดต่อไวรัส โคโรนา 2019 ตำบลแม่จัวะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566
- ศิวพร สุนทรวิวงศ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรโมลี และมยุรา ศรีสุภนันต์. (2562). การพัฒนา รูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาล นครตรัง จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6(1), 75- 88.
- ศูนย์ข้อมูล COVID-19 (2565). ข้อมูลสถานการณ์รายวัน .[ออนไลน์]. แหล่งที่มา จาก : <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/> สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2565.
- ศูนย์ข้อมูล COVID-19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี(2565). ข้อมูลสถานการณ์รายวัน.[ออนไลน์]. แหล่งที่มาจาก: <https://suratthani.go.th/covid19/daily-report.html> สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2565.
- .Cronbach Lee Joseph. (1974). **Essentials of Psychological testing**. New York : Harper and Row. 161.



Nursing care for diabetic patients with foot ulcers : Case study of two patients

Udom Saenmee

Registered Nurse Professional Level

Out Patient Department, Nursing Group, Srithep Hospital., Phetchabun Province.

(Received: Nov 17, 2024 ; Revised: Dec 18, 2024 ; Accepted: Dec 19, 2024)

Abstract: This research aimed to 1) study the use of nursing process in nursing practice for diabetic foot ulcer patients and 2) use it as a guideline for caring for other diabetic foot ulcer patients. The sample group was specifically selected from 2 diabetic foot ulcer patients who underwent leg amputations in the surgical and orthopedic ward for men at Wichian Buri Hospital, Phetchabun Province. The instruments used for data collection were a questionnaire and a personal data questionnaire. The statistics used for data analysis included comparison and correlation of patients. The results of the study found that from the two case studies, the two diabetic patients were similar in terms of age, had an infection in the body from the infection of the foot ulcer, and underwent below-knee amputation. However, the second case study, due to delayed treatment, had a more severe infection than the first case study. He had respiratory failure and did not receive continuous medication, causing high blood sugar levels. He was also different in terms of status and lack of relatives to take care of him continuously. The second case required continuous follow-up and coordinated care to the community. Important nursing care included infection care, blood sugar control to be normal, pre- and post-operative nursing, and psychological care, such as anxiety due to fear of surgery, loss of image from leg amputation, and anxiety due to fear of being a burden to others. Including multidisciplinary care, including nutritionists, psychologists and physiotherapists.

Keyword : Nursing, Diabetic Foot.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเท้าที่ได้รับการตัดขา กรณีศึกษา 2 ราย

อุดม แสนมี

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 2) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารายอื่น กลุ่มตัวอย่างทำการเจาะจงเลือกผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเท้าที่ได้รับการตัดขา จำนวน 2 ราย ที่รับการรักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ชาย โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสำรวจและแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การเปรียบเทียบและการหาความสัมพันธ์ของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า จากกรณีศึกษาทั้งสองราย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองราย มีความเหมือนกันด้านอายุ มีการติดเชื้อในร่างกายจากการติดเชื้อแผลที่เท้า ทำให้ได้รับการผ่าตัดตัดขาได้เข้า (Below Knee Amputation) แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ด้วยการได้รับการรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงกว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ประกอบกับไม่ได้รับยาต่อเนื่องทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และต่างกันในเรื่องสถานะและขาดญาติดูแลต่อเนื่อง รายที่ 2 ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ประสานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน การพยาบาลที่สำคัญ คือ การดูแลการติดเชื้อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลด้านจิตใจ เรื่องการวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด สูญเสียภาพลักษณ์จากการตัดขา และวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมถึงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแผลที่เท้า

บทนำ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้การวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน

เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคน จากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน ดังนั้นประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ (Thai PBS, 2566) โดยคาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ถูกดูแลรักษาได้ไม่ดีย่อมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา (ชัชชาติ รัตตสาร, 2017)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการณั้วร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทย ถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคและคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ.2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า (Zhang et al., 2010) มีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 20 ที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเนื่องจากมีแผลที่เท้า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการถูกตัดเท้าหรือขา ร้อยละ 40-70 ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้าร้อยละ 85 เริ่มจากการมีแผลที่เท้ามาก่อน และทุก ๆ 30 วินาที พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียเท้าจากการถูกตัด ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงในการถูกตัดเท้าสูงกว่าผู้ไม่เป็นถึง 40 เท่า (พูนพงศ์ หุตะ โขก, 2566) ผู้ศึกษาจึงเห็นถึงความสำคัญและมีความสนใจในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเท้าที่ได้รับการตัดขา กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารายอื่น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้าอยู่ในการดูแลรักษาของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง ทำการเจาะจงเลือก ผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเท้าที่ได้รับการตัดขา จำนวน 2 ราย ที่รับการรักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออโรโปีดิกส์ชาย โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเท้าที่ได้รับการตัดขา จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออโรโธดิกส์ชาย โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัย 45 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่อง ประกอบอาชีพช่างก่อสร้าง สถานภาพสมรส ภรรยาเป็นข้าราชการบำนาญ ไม่มีบุตร ปฏิเสธ แพ้อาหารและยา มาด้วย 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เดินเหยียบตะปู มีแผลเท้าซ้าย รักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธ แพ้อาหารและยา มาด้วย 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เดินเหยียบตะปู มีแผลเท้าซ้าย รักษาต่อเนื่องอาการติดเชื้อเป็นๆหายๆ ต่อมา ไข้ หนาวสั่น แผลเท้าซ้าย มีหนอง มีกลิ่นเหม็น จึงมาโรงพยาบาลแรกรับผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย แพทย์ส่ง Film Lt foot AP, Oblique และวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อลึกถึงกระดูกเท้าซ้าย (Osteomyelitis Left foot) ปรึกษาศัลยแพทย์มีแผนการรักษาให้กรีดระบายหนอง และให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง แต่แผลยังมีหนองซึมอยู่ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 160-230 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ส่งตัวรักษาต่อเนื่อง โรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีแผนการรักษาผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) ผู้ป่วยได้รับการอธิบายความจำเป็นของการรักษาและได้รับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีไข้ ได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ พบนักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด และได้ส่งตัวรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีเทพ และติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี และผู้ป่วยมีภรรยาที่คอยดูแลและให้กำลังใจเป็นอย่างดี จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำข้อมูลทั้งหมด มาวิเคราะห์ แปลความหมาย สรุปข้อมูลภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของกรณีศึกษาที่ 1 และครอบครัวกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล พบว่ามีข้อวินิจฉัยจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการติดเชื้อแผลขาซ้าย 2) เสี่ยงต่อการหายของแผลซ้ำเนื่องจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 3) พร่องความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด 4) วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด 5) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดขาซ้าย 6) เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด 7) อาจเกิดการหดรั้งของกล้ามเนื้อหรือข้อติดเนื่องจากไม่เข้าใจความสำคัญ ของการทำกายภาพบำบัดและการออกกำลังกาย 8) สูญเสียภาพลักษณ์จากการตัดขา และ 9) วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมระยะเวลาอนรักษาด่วนในโรงพยาบาล 5 วัน

ผู้ป่วยชายไทยวัย 41 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเกาต์ รักษาไม่ต่อเนื่อง ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป สถานะโสด อาศัยอยู่กับมารดาอายุ 62 ปี อาการสำคัญ คือ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีแผลที่เท้าขวา ทำแผลต่อเนื่อง แผลยังมีหนองไหลซึม แผลนี้วก้อยเท้าขวาลึกถึงกระดูก มีเนื้อตายสีดำ แพทย์ส่ง Film Rt foot AP, Oblique วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อลึกถึงกระดูกนิ้วก้อยเท้าขวา (Osteomyelitis right big toe) มีภาวะติดเชื้อในร่างกายจากการติดเชื้อลึกถึงกระดูก

เท้าขวา แพทย์มีแผนการรักษาส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยติดธุระทางบ้าน จึงมารับการรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรง มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ได้เข้ารับ การรักษาห่อผู้ป่วยวิกฤติ มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและจากภาวะวิกฤติต่อมหมวกไต มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาต่อเนื่อง และได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) รวมระยะเวลาที่รักษาในห่อผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 3 วัน หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะช็อก ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และย้ายลงห่อผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีไข้ แต่ยังไม่สามารถปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ ได้รับการปรึกษานักโภชนาการเพื่อแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค และเน้นการรับประทานยาต่อเนื่อง และยังคงพบปัญหาเรื่องความวิตกกังวลในการดูแลแผล การสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากยังไม่มีครอบครัว และขาดผู้ดูแล บางครั้งมารดาไปอยู่กับน้องสาว ที่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยจึงเกิดความท้อแท้ ต้องประสานเครือข่ายชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง ติดต่อบุคลากรวิชาชีพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำข้อมูลทั้งหมด มาวิเคราะห์ แปลความหมาย สรุปข้อมูลภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของกรณีศึกษาที่ 1 และครอบครัวกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล พบว่ามีข้อวินิจฉัยจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและจากภาวะวิกฤติต่อมหมวกไต 2) มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการไหลเวียนกลับของเลือดลดลงและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะการติดเชื้อทำให้ มีการขยายตัวของหลอดเลือด 3) มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาต่อเนื่อง 4) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 5) เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 6) มีภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 7) วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด 8) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดขาซ้าย และ 9) เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด รวมระยะเวลาอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากกรณีศึกษาทั้งสองราย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองราย มีความเหมือนกันด้านอายุ มีการติดเชื้อในร่างกายจากการติดเชื้อแผลที่เท้า ทำให้ได้รับการผ่าตัดผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ด้วยการได้รับการรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงกว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ประกอบกับไม่ได้รับยาต่อเนื่องทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และต่างกันในเรื่องสถานะและขาดญาติผู้ดูแลต่อเนื่อง รายที่ 2 ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ประสานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

การพยาบาลที่สำคัญ คือ การดูแลการติดเชื้อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลด้านจิตใจ เรื่องการวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด สูญเสียภาพลักษณ์จากการตัดขา และวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมถึงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้งสองราย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองราย มีความเหมือนกัน ด้านอายุ มีการติดเชื้อในร่างกายจากการติดเชื้อแผลที่เท้า ทำให้ได้รับการผ่าตัดผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ด้วยการได้รับการรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงกว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ประกอบกับไม่ได้รับยาต่อเนื่องทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และต่างกันในเรื่องสถานะและขาดญาติผู้ดูแลต่อเนื่อง รายที่ 2 ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ประสานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน การพยาบาลที่สำคัญ คือ การดูแลการติดเชื้อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลด้านจิตใจ เรื่องการวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด สูญเสียภาพลักษณ์ จากการตัดขา และวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมถึงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ในขณะที่ผู้ป่วยทั้งสองพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออโรโพรียดิกส์ชาย พยาบาลผู้ดูแลต้องประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤติ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยในการยอมรับการสูญเสียอวัยวะ การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ งานโภชนาการให้คำแนะนำการปรับการรับประทานอาหารและกายภาพเพื่อสอนการฝึก การยืดเหยียดกล้ามเนื้อป้องกันการหดรั้งกล้ามเนื้อขาที่ผ่าตัด สอนการพันขอขาเพื่อเตรียมใส่ขาเทียม และการใช้กายอุปกรณ์ รวมทั้ง การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ดังกล่าว ได้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน โรคประจำตัวและ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การวินิจฉัย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัดและอาการแรกเริ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยจากประวัติ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	45	41
อาชีพ	ช่างก่อสร้าง	รับจ้างทั่วไป
สถานภาพ	สมรส	โสด
อาการสำคัญ	ไข้ หนาวสั่น แผลเท้าซ้ายมีกลิ่นเหม็น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล	ไข้ หายใจหอบเหนื่อย มีแผลเรื้อรังเท้าขวา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เดินเหยียบตะปู มีแผลเท้าซ้าย รักษาต่อเนื่องอาการ คิดเชื่อเป็นๆหายๆ ต่อมา ไข้ หนาวสั่น แผลเท้าซ้าย มีหนอง มีกลิ่นเหม็น จึงมาโรงพยาบาล แพทย์สั่ง Film Lt foot AP, Oblique และวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อถึงกระดูกเท้าซ้าย (Osteomyelitis Left foot) ปรีกษาศัลยแพทย์มีแผนการรักษาให้กรักระบายหนอง และให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง แต่แผลยังมีหนองซึมอยู่ แพทย์จึงส่งตัวรักษาต่อเนื่อง โรงพยาบาลวิเชียรบุรี	3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีแผลที่เท้าขวา ทำแผลต่อเนื่อง แผลยังมีหนองไหลซึม แผลนี้วก้อยเท้าขวาลึกลงถึงกระดูก มีเนื้อตายสีดำ แพทย์สั่ง Film Rt foot AP, Oblique วินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อถึงกระดูกนิ้วก้อยเท้าขวา (Osteomyelitis right big toe) ปฏิเสธการส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาล วิเชียรบุรีเนื่องจากคิดระยะ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ หายใจหอบเหนื่อย จึง on ETT no 7.5 mark 22 ปรีกษาศัลยแพทย์ส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลวิเชียรบุรี
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่อง, เลิกดื่มสุราและบุหรี่แล้ว	มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเก๊าท์ รักษาไม่ต่อเนื่อง, สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน, เลิกดื่มสุรา 3 ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดาและมารดาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	มารดาเป็นโรคเบาหวาน
การวินิจฉัย	Chronic osteomyelitis left foot	Septic shock with infected right DM foot with acute respiratory failure
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา

ประวัติการผ่าตัด	left Below knee amputation	Right Below knee amputation
อาการแรกเริ่ม	รู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ หายใจสม่ำเสมอ มีแผลเท้าซ้ายมีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, การหายใจ 16 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท, DTX 194 mg%	รู้สึกตัว สื่อสารเข้าใจ หายใจเหนื่อย on ETT no 7.5 mask 22 มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 126 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 109/72 มิลลิเมตรปรอท, O sat 99 %, Blood lactate 3.3 mmol/L, DTX 288 mg%

2. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก รวบรวมข้อมูล ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count:CBC), การตรวจอิเล็กโทรไลต์ต่างๆ (Electrolyte/Biochem), การเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดังตารางที่ 2 - 4

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
		แรกเริ่ม	แรกเริ่ม	วันที่ 1	วันที่ 2
Hb (g/dl)	13-18	12.4	6.3	7.4	9.1
Hct (vol%)	40 -54	37.3	20	21.0	26.1
WBC(cell/mm ³)	4,000 -11,000	12,000	24,500	15,650	16,840
MCV (fl)	80 - 98	75.8	68.9	69.1	72.5
MCH (pg)	27 - 30	25.2	23.2	24.3	25.3
MCHC (g/dl)	33 - 37	33.2	33.7	35.2	34.9
Platelet count(cell/mm ³)	150,000 - 400,000	878,000	450,000	560,000	615,000
Neutrophil (%)	40 - 70	82	92	82.2	78.2
Lymphocyte(%)	20 - 50	39	9.2	6.7	10.3
Band	Not found	-	-	-	-
Band	Not found	0.0	0.0	0.0	0.0
NRC/100 WBC	-	อยู่ในช่วงของค่าปกติ	- อยู่ในช่วงการติดเชื้อ	- อยู่ในช่วงการติดเชื้อ	- อยู่ในช่วงการติดเชื้อ
การแปรผล	-	-	- มีภาวะช็อค	- มีภาวะช็อค	- มีภาวะช็อค

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจอิเล็กโตลิตและไปโอเคมีอื่น ๆ

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2		
		แรกรับ	ก่อนจำหน่าย	แรกรับ	วันที่ 3	ก่อนจำหน่าย
Na (mmol/l)	136-146	135	-	122	126	135
K (mmol/l)	3.4-4.5	4.2	-	4.8	5.0	4.3
Cl (mmol/l)	101-109	102	-	91	97	105
CO ₂ (mmol/l)	21-31	33	-	20	22	24
Ca (mg/dl)	8.8-10.6	-	-	8.5	-	-
BUN (mg/dl)	8-20	22	-	24	17	-
Cr (mg/dl)	1.8-2.6	1.7	-	1.7	1.3	-
Serum ketone (mmol/L)	<0.6	-	-	0.1	-	-
Bloodsugar(mg%)	-	194	-	288	-	-

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจอิเล็กโตลิตและไปโอเคมีอื่น ๆ

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2		
		แรกรับ	ก่อนจำหน่าย	แรกรับ	วันที่ 3	ก่อนจำหน่าย
การแปลผล		- อยู่ในช่วงของค่าปกติ	- มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	- มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	- มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ	- อยู่ในช่วงของค่าปกติ
		- น้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อย	- มีภาวะโพแทสเซียมสูง	- มีภาวะโพแทสเซียมสูง	- มีภาวะโพแทสเซียมสูง	- มีภาวะโพแทสเซียมสูง
			- น้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อยปานกลาง			

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ

ข้อมูลการเพาะเชื้อ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
การเพาะเชื้อจากเลือด	ไม่พบเชื้อ	-	ไม่พบเชื้อ	-
การเพาะเชื้อจากปัสสาวะ	-	-	ไม่พบเชื้อ	-

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจปัสสาวะ

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
		แรกเริ่ม	ก่อน จำหน่าย	แรกเริ่ม	ก่อน จำหน่าย
Color (UA)		Yellow	-	Yellow	
Character		Clear	-	Clear	
Specific gravity	1.005-1.030 5.5-7.0	1.015		1.020	
PH (UA)	Negative	5.5		5.5	
Albumin(Urine)	Negative	3+		2+	
Sugar	Negative	1+		Trace	
Ketone	Negative	Negative		Negative	
Blood		Negative		+1	
RBC (cell/HPF)		0-1		5-10	
WBC (cell/HPF)		0-1		30-50	
Squamous E. Cell		1-2		0-1	
Bacteria		Negative		+1	
Yeast		Negative		Negative	
การแปลผล		- มีโปรตีนรั่วปามาใน ปัสสาวะ		- มีการติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะ - มีโปรตีนรั่วปามาในปัสสาวะ	

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	รับทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัวคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพโดยการเลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่	รับทราบเกี่ยวกับโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคเก๊าท์ ดูแลสุขภาพโดยไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารพื้นบ้านชอบ พยายามลดอาหารหวาน มัน เค็ม	รับประทานอาหารค่อนข้างเค็ม ไม่ได้ควบคุมอาหาร
3. การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้งต่อวัน	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 6-8 ครั้งต่อวัน
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากมีแผลเรื้อรังที่เท้าซ้าย	ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากมีแผลเรื้อรเท้าขวา
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-8 ชม. ไม่มีปัญหาในการนอน	นอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง แต่นอนหลับยากเป็นบางวัน
	รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออกเขียนได้	รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออกเขียนได้

6. การรับรู้และสติปัญญา	การศึกษาจบ ป.6 รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองว่า	การศึกษา จบ ป.6 รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแต่มีความ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	เป็นเบาหวานและคาดหวังว่าผลที่ เท่าเรือร้งจะมีโอกาสหาย ครอบครัวรักใคร่กันดี	ท้อแท้กังวลกับการเจ็บป่วยและมี ภาวะแทรกซ้อนในการเจ็บป่วยครั้ง นี้กลัวไม่หาย เลิกกับภรรยา ไม่มีบุตร
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว		
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เพศระบบการสืบพันธุ์ปกติ	เพศระบบการสืบพันธุ์ปกติ
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาและจะ พยายามพึ่งตนเองไม่ทำตัวเป็นภาระ ต่อผู้อื่น	มีความเครียดเรื่องกลัวเป็นภาระ ของมารดา
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญและเชื่อ เรื่อง บาปบุญ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตาม เทศกาล และโอกาส

3. ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การวินิจฉัยแรกรับ การตรวจร่างกาย การรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และสรุปการวินิจฉัยโรค

ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ข้อมูลการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัยแรกรับ	Chronic osteomyelitis left foot Syndrome	Septic shock with infected right DM foot with acute respiratory failure
การตรวจร่างกาย	แผลเท้าซ้ายมีกลิ่นเหม็น ซีด อุนหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, การหายใจ 16 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท, DTX 194 mg% Film Lt foot AP, Oblique พบว่ามีกระดูกเชื้อลึกลงถึงกระดูกเท้าซ้าย (Osteomyelitis Left foot)	แผลนิ้วก้อยเท้าขวาตีถึงกระดูก มีหนองไหล ซีม มีเนื้อตายสีดำ อุนหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส, ชีพจร 126 ครั้ง/นาที, การหายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 109/72 มิลลิเมตรปรอท, O sat99 %, Blood lactate 3.3 mmol/L, DTX 288 mg% Film Rt foot AP, Oblique พบว่ามีกระดูกเชื้อลึกลงถึงกระดูกนิ้วก้อยเท้าขวา (Osteomyelitis right big toe)

การรักษา	<p>1) การผ่าตัดโดยแพทย์ Set OR for Below knee amputation (BKA) left เพื่อตัดกระดูกเหนือส่วนที่ติดเชื่อเท้าซ้ายออก</p> <p>2) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ RLS 1000 ml IV drip 80 ml/hr</p> <p>3) ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง หลังผ่าตัด แพทย์ปรับยเป็น Cefazolin 1 gm ทุก 6 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ รวมเป็นระยะเวลา 5 วัน เพื่อรักษาภาวะแผลติดเชื้อ</p> <p>4) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาคือ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>5) ให้ยา Mixtard 30 ยูนิตก่อนอาหารเช้า และ 14 ยูนิตก่อนอาหารเย็น ทางชั้นใต้ผิวหนัง</p> <p>6) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เพื่อปรับระดับน้ำตาล ให้เหมาะสมอยู่ในช่วงปกติ คือ 80 - 180 mg% และแนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค เพื่อส่งเสริมให้การไหลเวียนเลือดดี ทำให้ช่วยให้แผลหายเร็ว</p> <p>7) ทำกายภาพ ฝึกการบริหารข้อ (ROM exercise), ฝึกการพันตอขาเพื่อให้ตอขาได้รูปกรวยที่เหมาะสมสำหรับการใส่ขาเทียม และก่อนแผลหายดี ให้ผู้ป่วยฝึกรการใช้งานอุปกรณ์ช่วยการเดิน ได้แก่ Walker</p>	<p>1) ให้ออกซิเจน แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ on ETT no 7.5 mark 22 ต่อเครื่องช่วยหายใจ ปรับ PCV mode PS 16 RR 16 PEEP 5 FIO2 0.4 นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 3 วัน และหลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้</p> <p>2) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9 % NaCl load 2000 ml หลังจากนั้นปรับเป็น 0.9 % NaCl 1000 ml IV drip 80 ml/hr</p> <p>3) ดูแลให้ยา Norepinephrine 4 mg/4 ml+5%D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr.ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะบวมใบหน้าริมฝีปากแน่นหน้าอก</p> <p>4) การผ่าตัดโดยแพทย์ Set OR for Below knee amputation (BKA) Right เพื่อตัดกระดูกเหนือส่วนที่ติดเชื่อเท้าขวาออก ติดตามสัญญาณชีพ ในระยะซ็อก ติดตามอาการทุก 15 นาทีจำนวน 4ครั้ง, 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่จึงเปลี่ยนเป็น ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>5) ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะซ็อก ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที</p> <p>6) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Ceftriaxone 2 กรัมวันละ 1 ครั้ง และ Clindamycin 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน รวมเป็นระยะเวลา 5 วันเพื่อรักษาภาวะแผลติดเชื้อและเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในร่างกาย</p>
----------	--	---

จำนวนวันนอนใน
โรงพยาบาล
สรุปการวินิจฉัยโรค

5 วัน

Chronic osteomyelitis left foot
Syndrome, Hyperglycemia

7) ให้อาหาร RI 4 ยูนิทก่อนอาหารเช้า กลางวัน และเย็น และ NPH 12 ยูนิท ก่อนนอน ทางชั้น ใต้ผิวหนัง

8) การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ก่อน อาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เพื่อปรับ ระดับน้ำตาลให้เหมาะสม อยู่ในช่วงปกติ คือ 80 - 180 mg% และแนะนำการรับประทาน อาหารให้เหมาะสม กับ โรค เพื่อส่งเสริมให้การ ไหลเวียนเลือดดี ทำให้ช่วยให้แผลหายเร็ว

9) มีภาวะซีด ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่า ปกติ (Hct = 20%) ดูแลให้ได้รับเลือดทั้งหมด จำนวน 3 ยูนิท ติดตามความเข้มข้นของเม็ด เลือดแดงหลังได้รับเลือดค่าปกติ (Hct = 32%) และติดตามอาการขณะได้รับเลือด ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้เลือด

10) ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เวลา ปวดทุก 4 ชั่วโมง

11) ทำกายภาพ ฝึกการบริหารข้อ (ROM exercise) เพื่อป้องกันการข้อยึดติด และให้ผู้ป่วยฝึ กการใช้อุปกรณ์ ช่วยการเดิน ได้แก่ รถเข็น เนื่องจากผู้ป่วยเคยผ่าตัดขาใต้เข่าซ้าย ปี 2566 จากแผลติดเชื้อ

7 วัน

Septic shock with infected right DM foot with acute respiratory failure, Hyperglycemia, Hyperkalemia, Hyponatremia

4. ขบวนการจัดการพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและ แนวคิดการพยาบาลองค์รวม เพื่อส่งเสริมสุขภาพขององค์รวม (Holistic Health) ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเบาหวานมีแผลเท้าที่ได้รับการตัดขาต้องได้รับการดูแลในทุกมิติให้ครอบคลุม

ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งพบปัญหาทางการพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ระยะผ่านพ้นวิกฤต รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะวิกฤต	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการติดเชื้อแผลขาซ้าย เสี่ยงต่อการหายของแผลขาเนื่องจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง พร้อมความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด 	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและจากภาวะวิกฤตต่อมหมวกไต มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการไหลเวียนกลับของเลือดลดลงและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ จากภาวะการติดเชื้อทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด
ระยะผ่านพ้นวิกฤตและการดูแลต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดขาซ้าย เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด อาจเกิดการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อหรือข้อติดเนื่องจากไม่เข้าใจความสำคัญของการทำกายภาพบำบัดและการออกกำลังกาย สูญเสียภาพลักษณ์จากการตัดขา วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น 	<ol style="list-style-type: none"> มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาต่อเนื่อง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ พร้อมความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด มีภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดขาซ้าย เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด อาจเกิดการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อหรือข้อติดเนื่องจากไม่เข้าใจความสำคัญของการทำกายภาพบำบัดและการออกกำลังกาย สูญเสียภาพลักษณ์จากการตัดขา วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น
ระยะผ่านพ้นวิกฤตและการดูแลต่อเนื่อง		

ตารางที่ 10 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์

วินิจฉัยทางการพยาบาล และข้อมูลสนับสนุน (ระยะวิกฤติ)	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลลัพธ์
<p>1. มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>เนื่องจากการติดเชื้อแผลขาซ้าย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>- ผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อลึกถึง</p> <p>กระดูกเท้าซ้าย</p> <p>- ตรวจแผลเท้าซ้ายมี discharge สีเหลือง มีกลิ่นเหม็น</p> <p>- CBC ผล WBC 12,000 cell/cu.m.m, Neutrophil 82%</p> <p>- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 18 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>- DTX 194 mg%</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิด</p> <p>ภาวะช็อก</p>	<p>สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการ กระสับกระส่าย อาการเหงื่อออกหน้า มีใจสั่นตัวเย็น เพื่อประเมินภาวะช็อก</p> <p>ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อเกิดภาวะช็อก และติดตามความดันโลหิตให้มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ดูแลเตรียมผ่าตัด Set OR for Below knee amputation(BKA) left เพื่อตัดกระดูกเนื้อส่วนที่ติดเชื้อเท้าซ้ายออก</p> <p>ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาภาวะแผลติดเชื้อ</p> <p>ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ RLS 1000 ml iv drip 80 ml/hr</p> <p>6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก</p> <p>ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>รู้สึกตัวดี โตตอบรูเรื่อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที่ หายใจ 16 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 130/68 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ปัสสาวะออก 30-40 ซีซี/ชั่วโมง</p>
<p>2. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและจากภาวะวิกฤติต่อมหมวกไต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>- ผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อลึกถึง</p> <p>กระดูกเท้าขวา Film Rt foot AP, Oblique พบว่ามีกระดูก</p>	<p>1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการ กระสับกระส่าย อาการเหงื่อออกหน้า มีใจสั่นตัวเย็น เพื่อประเมินภาวะช็อก</p> <p>2. ดูแลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ PCV mode PS 16, RR 16, PEEP 5, Fio2 0.4 เพื่อรักษาระดับค่าความอิ่มตัวของ</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>รู้สึกตัวดี โตตอบรูเรื่อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 88-100 ครั้ง/นาที่ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้</p> <p>หายใจ 16-18 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 100/68 – 120/60 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>อุณหภูมิ 36.8 – 37.5 องศาเซลเซียส</p> <p>ปัสสาวะออก 30-40 ซีซี/ชั่วโมง</p>

<p>เชื้อลึกลงกระดูกนิ้วก้อยเท้าขวา (Osteomyelitis right big toe) - ตรวจแผลเท้าขวามีหนองไหล ช้ำ มีกลิ่นเหม็น - CBC ผล WBC 24,500 cell/cu.m.m, Neutrophil 92% - Serum cortisol 7.88 ug/dl - สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 89/63 มิลลิเมตรปรอท - Blood lactate 3.3 mmol/L วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก</p>	<p>ออกซิเจนในเลือดอยู่ที่ 98 - 100 % 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดภาวะช็อกในการรักษา 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% NaCl 1000 ml IV drip 120 ml/hr 5. ดูแลให้ยา Norepinephrine 4 ml+5%D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr. ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ บวมใบหน้าริมฝีปากแน่น หนาว 6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Ceftriaxone 2 กรัมวันละ 1 ครั้ง และ Clindamycin 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อรักษาภาวะแผลติดเชื้อและเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในร่างกาย</p>	<p>ติดตามค่า CBC ผล WBC 16,500 cell/cu.m.m, Neutrophil 76% ผล H/C ทั้ง 2 ขวด: no growth</p>
<p>3. มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการไหลเวียนกลับของเลือดลดลงและ การแลกเปลี่ยนก๊าซ ไม่มีประสิทธิภาพ จากภาวะ</p>	<p>1. ให้ออกซิเจน แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ on ETT no 7.5 mark 22 ต่อ เครื่องช่วยหายใจ ปรับ PCV mode PS 16 RR 16 PEEP 5 FIO2 0.4 นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 3 วัน</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 88-100 ครั้ง/นาที หายใจ</p>

<p>การติดเชื้อทำให้ มีการขยายตัวของหลอดเลือด ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกายได้ 86% - Blood lactate 3.3 mmol/L - CBC ผล WBC 24,500 cell/cu.m.m, Neutrophil 92% - สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 89/63 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย</p>	<p>และหลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% NaCl 1000 ml IV drip 120 ml/hr 3. ดูแลให้ยา Norepinephrine 4 ml+5%D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr. ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ บวมใบหน้าริมฝีปากแน่นหน้าอก 4. ดูแลพักผ่อนให้เพียงพอ ทำกิจกรรมบนเตียง เพื่อลดกิจกรรมที่ใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น 5. ติดตามตรวจวัดสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 15 – 30 นาทีเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>16-18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/68 – 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 – 37.2 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกายได้ 99 - 100%</p>
<p>4. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาต่อเนื่อง ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด 194 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ กรณีศึกษาที่ 2 ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด 288 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์</p>	<p>1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มเติมองค์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง 2. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. สังเกตและติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด (Blood sugar) 4. ควบคุมอาหาร โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารของโรงพยาบาล และงดอาหารนอกโรงพยาบาล 5. ร่วมทบทวนพฤติกรรม ตลอด 24 ชม. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถคุมระดับ</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 หลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ ค่า DTX อยู่ในช่วง 90 - 190 mg% กรณีศึกษาที่ 2 หลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับ ระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ ต้องได้รับยาอินซูลินจึงสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ค่า DTX อยู่ในช่วง 86 - 332 mg% กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่เกิด</p>

Serum ketone 0.2 mmol/L	น้ำตาลและไขมันในเลือดได้	ภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดสูง
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลให้อยู่ในภาวะปกติ	<p>6. ดูแลให้ได้รับยาฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา และประเมินปริมาณยา และตำแหน่งฉีดที่ถูกต้องไม่มี</p> <p>Lipoatrophy</p>	
	<p>7. สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องปริมาณของข้าวแป้งน้ำตาลที่รับประทานได้ต่อวัน อาหารแลกเปลี่ยน ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยดื่มประจำ สอนการคำนวณปริมาณน้ำตาลอย่างง่ายๆ แนะนำเลี้ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์ ไขมันอิ่มตัว</p>	
	<p>8. แนะนำให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาครบถ้วนและตรงเวลา การจัดเก็บยาที่มีประสิทธิภาพ</p>	
	<p>9. ติดตามติดตามระดับน้ำตาล ในเลือดก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เพื่อปรับระดับน้ำตาลให้เหมาะสมอยู่ในช่วงปกติ คือ 80 - 180 mg% และสังเกตอาการผิดปกติ จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำ หายใจเร็ว หอบเหนื่อยและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึม สับสน เหงื่อแตก ตัวเย็น</p>	
5. เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่	<p>1. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา คือ 0.9%NaCl 1000 ml IV drip 80 ml/hr</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หลัง</p>
ข้อมูลสนับสนุนกรณีศึกษาที่ 2	<p>2. ดูแลให้ Kayexalate 30 กรัม+น้ำ 50 มิลลิตร สวนทางทวารหนัก ห่างกันทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง</p>	<p>ได้รับการแก้ไขติดตามค่าระดับอิเล็กโทรไลต์ และค่าไตในเลือด พบว่า</p>
- Na 122 mmol/L	<p>3. สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะ</p>	<p>ค่า Na 135 mmol/L</p>
- K 5.0 mmol/L	<p>Hyperkalemia ได้แก่ อ่อนเพลีย</p>	<p>ค่า K 4.5 mmol/L</p>
- Cr 1.6 mg/dl	<p>กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง หัวใจเต้นผิด</p>	<p>ค่า Cr 1.3 mg/dl</p>

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย	จั้งหะ และ Hyponatremia ได้แก้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ซึม 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 - 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง 5. ติดตามค่าระดับอิเล็กโทรไลต์ และค่าไตในเลือด เพื่อติดตาม ผลการรักษา	
6. ติดตามเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะ	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง	กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจวัดสัญญาณชีพ
ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 2	2. ดูแลความสะอาดของร่างกายและ ดูแลความสะอาดของสายสวน	ซีพจร 88 - 100 ครั้ง/นาที หายใจ 16 - 18 ครั้ง/นาที
ตรวจปัสสาวะ พบ WBC 30 – 50 cell/HPF	ปัสสาวะ โดยเช็ดทำความสะอาด บริเวณอวัยวะเพศเช้า – เย็น	ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.6 - 37.3 องศาเซลเซียส
วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ	3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการ รักษาของแพทย์ คือ ดูแลให้ยา ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Ceftriaxone 2 กรัมวันละ 1 ครั้ง และ สังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน 4. ติดตามการเพาะเชื้อของปัสสาวะ	ผล U/C : no growth
7. พร่องความรู้ในการดูแล ตนเองก่อนการผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยมีความ เชื่อมั่นและความไว้วางใจ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย
ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย	2. ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และ สังเกตอาการ	หลังได้รับทราบข้อมูล ผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวล สามารถนอนพักได้
ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบ การ ปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดจะต้อง เตรียมตัวอย่างไร	3. อธิบายการเตรียมความพร้อมต่างๆ ก่อนการผ่าตัด เช่น การพักผ่อนนอนหลับ ให้เพียงพอ การดูแลความสะอาดของร่างกาย งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนการ ผ่าตัดอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง การเตรียม ความพร้อมเพื่อการระับความรู้สึก	ให้ความร่วมมือ ในการรักษา และ ปฏิบัติตัวก่อน การผ่าตัดได้ถูกต้อง
วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยญาติเข้าใจแผนการ รักษา	4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อ สงสัย	
8. วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการ		

<p>ผ่าตัด</p> <p>กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>- ผู้ป่วยถามว่า: “ตอนผ่าตัดจะเจ็บแผลมาไหม”</p> <p>- มีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>- ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวการผ่าตัด”</p> <p>- มีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยญาติเข้าใจแผนการรักษา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการตัดขา และขั้นตอนต่าง ๆ ในการผ่าตัด รวมทั้งการให้ ความมั่นใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับทีมบุคลากรสุขภาพที่จะคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่าง ๆ และซักถามข้อสงสัยโดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี 4. แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่ได้รับการตัดขาไปแล้ว และประสบความสำเร็จ ในการฟื้นฟูสภาพ 5. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย แนะนำให้ภรรยาพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย 6. หากิจกรรมคลายความเครียด เช่น การอ่านหนังสือ ดูละคร การฟังเพลง 	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>หลังได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถนอนพักได้ให้ความร่วมมือ ในการรักษา</p>
<p>9. มีภาวะซีดเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>- จากผ่าตัด Right BK amputation เสียเลือด 700 มิลลิลิตร</p> <p>- Hct = 20%</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้เลือด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับ PRC ตามแผนการรักษา 2. บันทึกสัญญาณชีพก่อน ขณะและหลังให้เลือด 3. เผื่อระวังติดตามอาการผิดปกติ และรายงาน แพทย์ทราบทันที 4. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) หลังให้เลือด 4 ชั่วโมง 5. แนะนำรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ด้ับ อาหารทะเล ผักใบเขียว เช่น ผักโขม คะนาคำลิ่ง และควรรับประทานร่วมกับผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง จะช่วยทำให้การ 	<p>กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการให้เลือด(PRC) ทั้งหมด 3 ถุง Hematocrit ค่าสุด 32 % และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้เลือด</p>

	<p>ดูดซึมธาตุเหล็กดีขึ้น ไม่ควร รับประทานพร้อมกับนมวัว นมถั่ว เหลือง เพราะจะทำให้การดูดซึมธาตุ เหล็กลดลง</p>	
<p>10. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการ ปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 - ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดแผล ผ่าตัด” - pain score 6 คะแนน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 - ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดแผล ผ่าตัด” - pain score 8 คะแนน - สีหน้าไม่สดชื่น ท่าทาง กระสับกระส่าย</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปวดแผลลดลง</p>	<p>1. ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะของ ความเจ็บปวด ตำแหน่งที่เจ็บปวดและ ความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็น ระยะ ๆ และประเมินว่าเกิดจากสาเหตุ ใดระหว่างแผลผ่าตัดและภาวะขา หลอน (Phantom Pain)</p> <p>2. จัดให้ออนยขาข้างที่ผ่าตัดสูง โดย ใช้ฟารองขาซ้าย</p> <p>3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morphine 3 mg iv ตั้งแต่อาร ข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ หายใจแน่น หน้าอก ผื่น</p> <p>4. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Pain score เพื่อประเมินสภาพอาการ และ ความรุนแรงของอาการปวด</p> <p>5. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ โดย การหายใจ เข้าออกลึกๆยาว ๆ เพื่อลดความวิตก กังวล ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ความ เจ็บปวดมากขึ้น</p> <p>6. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอดภัย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความ มั่นใจและรู้สึกปลอดภัย</p> <p>7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วย พักผ่อนได้</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย ปวดแผลขา ซ้ายลดลง Pain score 2 - 3 คะแนน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย ปวดแผลขา ขวาลดลง Pain score 3 - 4 คะแนน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Morphine</p>
<p>11. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการ บาดเจ็บจากการผ่าตัด</p>	<p>1. ประเมินการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยการวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะ อุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ บวมแดง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร</p>

ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Below knee amputation left	2. สังเกตลักษณะของแผลว่า บวม แดง ร้อน ชิม มีกลิ่นเหม็นหรือไม่ ซึ่งอาจ เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อของ แผลผ่าตัด	72 - 90 ครั้ง/นาที หายใจ 16 – 18 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 112/64 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 - 37.0 องศาเซลเซียส
กรณีศึกษาที่ 2 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Below knee amputation right	3. ดูแลทำความสะอาดแผลให้ตาม แผนการรักษาโดยยึดหลัก Aseptic Technique	กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดีไม่ บวมแดง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 80 - 92 ครั้ง/นาที หายใจ 16 - 18 ครั้ง/ นาที
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล ผ่าตัด	4. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเปิดแผลและเอา มือเกาะเกาะแผลหรือระวังไม่ให้แผล โคนน้ำ 5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยเพื่อลดการ หมักหมมของเชื้อโรค 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ตาม แผนการรักษา 7. ติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมิน ความก้าวหน้าของการรักษา	ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.4- 37.3 องศาเซลเซียส กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดการติดเชื้อที่ แผลผ่าตัด
12. อาจเกิดการหดรั้งของ กล้ามเนื้อหรือข้อติดเนื่องจากไม่ เข้าใจความสำคัญของการทำ กายภาพบำบัดและการออกกำลังกาย	1. บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญ ของการออกกำลังกายและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ในการพลิกตะแคง ตัว การนั่ง การยืนและการเดิน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเอง 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึง ความสำคัญและความจำเป็นของการ ทำกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีการ เคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion) พร้อมกับส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด ตามแผนการรักษา 3. แนะนำให้อุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อให้เกิดการทรงตัวที่ดี หรือการดัดแปลง อุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะข้อติด และกล้ามเนื้อดิ่งรั้งสามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง
ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Below knee amputation left		
กรณีศึกษาที่ 2 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Below knee amputation right		
วัตถุประสงค์		

<p>เพื่อป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อหรือข้อติด และเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัด</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน</p> <p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายตามท่าต่าง ๆ ที่ได้รับการสอนจากแผนกกายภาพบำบัดบนหอผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยทุก 3 - 4 ชั่วโมง</p> <p>5. แนะนำญาติพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฝึกทำกายภาพ</p>	
<p>13. วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยและกลไกการปรับตัว</p> <p>2. สัมผัสต่อขาของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงหน้าที่การทำงานของอวัยวะนั้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด เพื่อแสดงถึงสมรรถภาพของร่างกายโดยการลุกนั่งเดิน</p> <p>3. หลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจผิด ๆ เช่น การเดินได้เหมือนเดิม เพราะหากผู้ป่วยไม่สามารถ ทำตามได้จริง ผู้ป่วยจะเกิดความไม่ไว้วางใจพยาบาล</p> <p>4. ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดในเรื่องใดควรให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีการยอมรับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงพร้อม</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น กล้ามเนื้อขาของตนเอง และสามารถฟื้นตัวได้ด้วยตนเองได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 - ผู้ป่วยบอกว่า ไม่อยากเป็นภาระของภรรยา อยากจะช่วยทำงาน หาเงินมาเลี้ยงครอบครัว</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 - ผู้ป่วยบอกว่า ไม่อยากเป็นภาระแก่มารดา เพราะมารดาอายุมากแล้ว และตนเองยังถูกตัดขา 2 ข้างอีก</p>		
<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง สามารถพึ่งพาตนเองได้</p>		

	<p>ทั้งรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ จริงใจและเป็นมิตร</p> <p>5. บันทึกสิ่งที่สังเกตพบจากพฤติกรรม ผู้ป่วย เมื่อพูดถึงสิ่งเหล่านั้นแนะนำให้ ผู้ป่วยได้พบปะและพูดคุยกับผู้อื่นที่มี การสูญเสียเช่นเดียวกัน</p> <p>6. เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วยครอบครัวและสังคม โดย สนับสนุนให้บุคคลที่มีความสำคัญต่อ ผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ๆ กระตุ้นให้ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเสริมสร้างกำลังใจ โดยให้คำ ชมเชยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและ ความสามารถของตนเอง ให้ผู้ป่วยเกิด ความรักในตนเองตระหนักในคุณค่า คุณงามความดีของตนเองและความ ภาคภูมิใจในตนเอง</p>	
<p>14. สูญเสียภาพลักษณ์จากการ ตัดขา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย - กังวลว่า คนอื่นมองว่าตนเอง พิการ ไม่มั่นใจในการเข้าสังคม</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถยอมรับต่อสภาพ ร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และมี ทัศนคติที่ดีที่ต่อร่างกาย เปลี่ยนแปลงไป</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. พยายาม ชักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึงขอขาข้างที่ ผ่าตัด</p> <p>3. ให้ผู้ป่วยรู้จักกับขอขาของตนเอง โดย ใช้ถ้อยคำที่นุ่มนวล กระตุ้นให้เริ่มมอง และสัมผัสด้วยมือ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการดูแล ขอขา ฝึกการพันขอขา ทั้งให้ กำลังใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจให้ ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ในการดูแลตนเอง</p> <p>4. สังเกตการแสดงออกของญาติต่อการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้ กำลังใจผู้ป่วย</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น กล้ามองขอ ขาของตนเอง และสามารถพันขอขา ด้วยตนเองได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการ เปลี่ยนแปลง</p>

การอภิปรายผล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัย 45 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องประกอบอาชีพช่างก่อสร้าง สถานะภาพสมรส ภรรยาเป็นข้าราชการบำนาญ ไม่มีบุตร ปฏิเสธแพ้อาหารและยา มาด้วย 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เดินเหยียบตะปู มีแผลเท้าซ้าย รักษาต่อเนื่องอาการติดเชื้อเป็นๆหายๆ ต่อมา ไข้ หนาวสั่น แผลเท้าซ้าย มีหนอง มีกลิ่นเหม็น จึงมาโรงพยาบาลแรกพบผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย แพทย์ส่ง Film Lt foot AP, Oblique และวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อถึงกระดูกเท้าซ้าย (Osteomyelitis Left foot) ปรึกษาศัลยแพทย์มีแผนการรักษาให้กรัดระบายหนองและให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง แต่แผลยังมีหนองซึมอยู่ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 160-230 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ส่งตัวรักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีแผนการรักษาผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) ผู้ป่วยได้รับการอธิบายความจำเป็นของการรักษาและได้รับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีไข้ ได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ พบนักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด และได้ส่งตัวรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีเทพ และติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี และผู้ป่วยมีภรรยาที่คอยดูแลและให้กำลังใจเป็นอย่างดี รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 15 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยวัย 41 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเกาต์ รักษาไม่ต่อเนื่อง ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป สถานะโสด อาศัยอยู่กับมารดา อายุ 62 ปี อาการสำคัญ คือ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีแผลที่เท้าขวา ทำแผลต่อเนื่อง แผลยังมีหนองไหลซึม แผลนี้วก้อยเท้าขวาลึกลงถึงกระดูก มีเนื้อตายสีดำ แพทย์ส่ง Film Rt foot AP, Oblique วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อถึงกระดูกนิ้วก้อยเท้าขวา (Osteomyelitis right big toe) มีภาวะติดเชื้อในร่างกายจากการติดเชื้อถึงกระดูกเท้าขวา แพทย์มีแผนการรักษาส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยติดธุระทางบ้าน จึงมารับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรง มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ได้เข้ารับการรักษาห่อผู้ป่วยวิกฤติ มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและจากภาวะวิกฤติต่อมหมวกไต มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาต่อเนื่อง และได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) รวมระยะเวลาที่รักษาในห่อผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 3 วัน หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะช็อก ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และย้ายลงห่อผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีไข้ แต่ยังไม่สามารถปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ ได้รับการปรึกษานักโภชนาการเพื่อแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค และเน้นการรับประทานยาต่อเนื่อง และยังมีปัญหาเรื่องความวิตกกังวลในการดูแลแผล การสูญเสียสภาพลักษณะเนื่องจากยังไม่มีครอบครัว และขาดผู้ดูแล บางครั้งมารดาไปอยู่กับน้องสาวที่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยจึงเกิดความท้อแท้ ประสานเครือข่ายชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง ติดต่อญาติอธิบายเกี่ยวกับ

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 7 วัน

จากกรณีศึกษาทั้งสองราย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองราย มีความเหมือนกันด้านอายุ มีการติดเชื้อในร่างกายจากการติดเชื้อแผลที่เท้า ทำให้ได้รับการผ่าตัดผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ด้วยการได้รับการรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงกว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ประกอบกับไม่ได้รับยาต่อเนื่องทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และต่างกันในเรื่องสถานะและขาดญาติผู้ดูแลต่อเนื่อง รายที่ 2 ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง ประสานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน การพยาบาลที่สำคัญ คือ การดูแลการติดเชื้อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลด้านจิตใจ เรื่องการวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด สูญเสียภาพลักษณ์จากการตัดขา และวิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมถึงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด

สรุปผลการศึกษาและขอเสนอแนะ

1. ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

เป็นผลสำเร็จของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและถูกตัดขา จำนวน 2 ราย สรุปกรณีศึกษาได้ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 45 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่อง มาด้วยมีแผลติดเชื้อลึกถึงกระดูกเท้าซ้าย (Osteomyelitis Left foot) มีหนอง มีกลิ่นเหม็น สัตว์แพทย์มีแผนการรักษาให้กรีดระบายหนองและให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง แต่แผลยังมีหนองซึมอยู่ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 160-230 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์จึงมีแผนการรักษาผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) ผู้ป่วยได้รับการอธิบายความจำเป็นของการรักษาและได้รับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีไข้ ได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ พบนักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด และได้ส่งตัวรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีเทพ และติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี และผู้ป่วยมีภรรยาที่คอยดูแลและให้กำลังใจเป็นอย่างดี รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 15 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 41 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเก๊าท์ รักษาไม่ต่อเนื่อง มาด้วยมีแผลที่เท้าขวา ทำแผลต่อเนื่อง แผลยังมีหนองไหลซึม แผลนี้วก้อยเท้าขวาลึกถึงกระดูก มีเนื้อตายสีดำ แพทย์ส่ง Film Rt foot AP, Oblique วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อลึกถึงกระดูกนิ้วก้อยเท้าขวา (Osteomyelitis right big toe) มีภาวะติดเชื้อในร่างกายจากการติดเชื้อลึกถึงกระดูกเท้าขวา แพทย์มีแผนการรักษาส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยติดธุระทางบ้าน จึงมารับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรง มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ได้เข้ารับการ รักษาห่อผู้ป่วยวิกฤติ มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและจากภาวะวิกฤติต่อมหมวกไต มี ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยา ต่อเนื่อง และได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ผ่าตัดขาใต้เข่า (Below Knee Amputation) รวมระยะเวลาที่รักษาในหอ ผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 3 วัน หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะช็อก ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และย้ายลงหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีไข้ แต่ยังไม่สามารถปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ ได้รับการ ปรีกษานักโภชนาการ เพื่อแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค และเน้นการรับประทานยาต่อเนื่อง และยังคงพบ ปัญหาเรื่องความวิตกกังวล ในการดูแลแผล การสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากยังไม่มีครอบครัวและขาดผู้ดูแล รวมระยะเวลา นอน โรงพยาบาล 7 วัน จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและโอเรียม นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ แปลความหมาย สรุปข้อมูลภาวะ สุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวกำหนด เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการติดเชื้อแผลขาซ้าย 2) เสี่ยงต่อการหายใจของแผลขาเนื่องจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 3) พร่องความรู้ในการดูแลตนเองก่อน การผ่าตัด 4) วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการผ่าตัด 5) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดขาซ้าย 6) เสี่ยง ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด 7) อาจเกิดการหดรั้งของกล้ามเนื้อหรือ ข้อติดเนื่องจากไม่เข้าใจความสำคัญของการทำกายภาพบำบัดและการออกกำลังกาย 8) สูญเสียภาพลักษณ์ จากการตัดขา 9) วิตกกังวลเนื่องจากกลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น และการพยาบาลที่แตกต่างกันของกรณีศึกษา ที่ 2 คือ 1) มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและจากภาวะวิกฤติต่อมหมวกไต 2) มีภาวะเนื้อเยื่อ ได้รับความเสียหายไม่เพียงพอเนื่องจากการไหลเวียนกลับของเลือดลดลง และการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มี ประสิทธิภาพจากภาวะการติดเชื้อทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด 3) มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจาก การขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและยาต่อเนื่อง 4) ติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะ 5) เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 6) มีภาวะช็อคเนื่องจาก สูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

2. ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ในการให้การพยาบาลมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลติดเชื้อที่เท้าและถูกตัดขา เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ลดการติดเชื้อ ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัดได้ครบถ้วน จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษา ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ และการได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล

ที่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามสมรรถนะของตน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลบุคลากรในหน่วยงานและบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและถูกตัดขา เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดกับผู้ป่วย

2. เป็นเอกสารช่วยในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและประสบการณ์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาล และผู้ที่สนใจ ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและถูกตัดขา

3. นำผลที่ได้จากการศึกษา มาประกอบการให้ความรู้และนิเทศงานให้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่มาศึกษาปฏิบัติงานและอบรมเฉพาะทางในด้านที่เกี่ยวข้อง

บรรณานุกรม

- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และ จิราพร วรวงศ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565.
- ชัชชาติ รัตตสาร. (2560). สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อ ปฏิรูปการดูแลรักษาโรค เบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://www.novonordisk>. เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2562.
- ไทยพีบีเอส. (2566). พบเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน ปี 2566 ไทยป่วยเพิ่ม 3 แสนคน. สืบค้นจาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/333847> เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566.
- พูนพงศ์ หุตะโชค. (2565). การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานป้องกันการถูกตัดเท้า. สืบค้นจาก www.phyathai.com/article_detail/2485/th/ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565.
- Ping Zhang, Xinzhi Zhang, Jonathan Brown (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice., March 2010 Volume 87Issue 3p293-426, e19-e32.



The Effectiveness of Motivational Interviewing (MI) Program for Smokers at Phutei Sub-District Health Promotion Hospital, Phutei Sub-District, Wichian Buri District, Phetchabun Province

Woravith Prasitporn

Public Health Technical Officer., Professional Level

(Received: Nov 25, 2024 ; Revised: Dec 18, 2024 ; Accepted: Dec 20, 2024)

Abstract: This experimental research aims to compare the knowledge, attitudes, and practices of smokers before the implementation of a program between the experimental group and the control group. It also seeks to compare the knowledge, attitudes, and practices of smokers before and after the trial of the program in the experimental group, as well as to compare the knowledge, attitudes, and practices of smokers after the trial of the program between the experimental group and the control group.

The sample group consisted of 60 smokers, selected through a case selection method that aligned closely with the research objectives, more than usual. They were randomly assigned to an experimental group of 30 people and a control group of 30 people using simple random sampling. The tools used for data collection included an interview questionnaire, which comprised a knowledge assessment, an attitude assessment, and a behavior assessment for smokers, as well as an interview record to create motivation. These tools were validated for content quality by three experts and reliability was measured using the Kuder-Richardson method (KR-20) and Cronbach's alpha. Descriptive statistics were used, and the Wilcoxon W test was applied to analyze the mean scores within the experimental group, while the Mann-Whitney U test was used to compare the mean scores between groups.

The study results of the motivational interviewing program for smokers found that before the use of the program, there were no significant differences in the average scores of knowledge, attitudes, and practices between the experimental group and the control group ($p > 0.05$). After using the program, the experimental group showed a statistically significant increase in average scores for knowledge, attitudes, and practices ($p < 0.05$). Furthermore, after the trial of the program, the average scores for knowledge, attitudes, and practices in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($p < 0.05$). The results of this study show that the motivational interviewing program for smokers is effective and can be used in counseling to help smokers quit smoking.

Keywords: Cigarette, Motivational Interviewing.

Corresponding Author : E-mail: woravith.pra@gmail.com

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI)

สำหรับผู้สูบบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุเตย ตำบลพุเตย

อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

วรวิทย์ ประสิทธิ์พร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ ก่อนการใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่หลังการทดลองใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูบบุหรี่จำนวน 60 คน ได้มาด้วยวิธีการเลือกกรณีตรงตามประเด็นการวิจัยมากกว่าปกติ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดความรู้ แบบวัดเจตคติ และแบบวัดการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่และแบบบันทึกการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR - 20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha of Cronbach) ใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองกลุ่มใช้สถิติ Wilcoxon W การทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Mann- Witney U Test

ผลการศึกษาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้าน เจตคติ และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และหลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ: บุหรี่, การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

บทนำ

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมากมาย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) กล่าวว่า การแพร่ระบาดของบุหรี่เป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก พบว่า มีการเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนต่อปี ซึ่ง 5 ล้านคนมีสาเหตุการเสียชีวิตจากการใช้ยาสูบโดยตรง และในขณะที่กว่า 600,000 คน เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่แต่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่สูบบุหรี่ (เสาวลักษณ์ มะเสวร. 2561 อ้างถึงใน ปราณี แผนดี.2563) การสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย โดยภาพรวมของสถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศ จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 พบว่า การสูบบุหรี่ของคนไทย มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ถึง 10.7 ล้านคน ร้อยละ 32.7 เคยสูบบุหรี่ในบ้าน โดยผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 73.8 มีการสูบบุหรี่ในบ้านทุกวัน ทำให้บุหรี่มือสองส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกในบ้านซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปี 2560 คนไทย เสียชีวิตจากบุหรี่สูงถึงกว่า 70,000 คน และเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง 8,278 คน

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าได้มีการดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่มาโดยตลอด แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 มีเป้าหมายให้ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ไม่เกินร้อยละ 16.7 (สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ, 2559) ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งยังไม่บรรลุ เป้าหมายที่กำหนดไว้ (สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ, ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.2559) โรคเรื้อรังที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคแทรกในหญิงตั้งครรภ์ โรคทางเดินหายใจ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของ ประชากรทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเจ็บป่วย ภาวะโรคเรื้อรังเหล่านี้กำลังเป็น ปัญหาสาธารณสุขทั้งโลก และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต สำหรับประเทศไทย นั้น การประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน 4 กลุ่มโรคหลักพบว่า มีมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ. ออนไลน์)

การติดบุหรี่เป็นการติดสองทางร่วมกันคือ การติดทางร่างกายและติดทางจิตใจวิธีการต่อสู้กับการติดทางร่างกายคือหยุดสูบบุหรี่ให้ได้ 2-3 สัปดาห์และใช้ยาช่วย ส่วนวิธีการต่อสู้ทางจิตใจมีหลายวิธีคือหลีกเลี่ยงสิ่งช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ เสริมสร้างกำลังใจ หาวิธีอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียด หรือกำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่ เป็นต้น และจากการศึกษาพบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยแพทย์ พยาบาล หรือนักสุขศึกษาสามารถเพิ่ม อัตราการเลิก

สูบบุหรี่ได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้เวลาประมาณ 3 นาทีในการให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่สามารถที่จะเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้ 20% และจะสามารถเลิกได้เป็น 2 เท่าถ้าใช้เวลาเวลาประมาณ 10 นาที หรือมากกว่า (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ ออนไลน์) จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการใช้สารเสพติดเช่นการเลิกสูบบุหรี่ ได้นำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจมาใช้ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี เช่น การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย NCDs (สำนักโรคไม่ติดต่อ.2560), การศึกษาของเทอดศักดิ์ เศษคง (2555) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs, ของวรุจิรา หวังมัน และคณะ. (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากฐานข้อมูลโปรแกรม Special pp อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ การดำเนินงาน การสำรวจคัดกรองและการบำบัดผู้ติดยาสูบในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของอำเภอวิเชียรบุรี พบว่ากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 71,371 คน ผลงานการคัดกรองเท่ากับ 19,206 คิดเป็นร้อยละ 26.9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเขตมีประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 7,645 คน ผลดำเนินงานคัดกรองเท่ากับ 1,915 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าทั้งอำเภอวิเชียรบุรีและตำบลทุกเขต มีผลงาน การคัดกรองน้อย และจากการสำรวจข้อมูลผู้สูบบุหรี่ ตำบลทุกเขต ในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ เป็นประจำ จำนวน 1,452 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0

จากความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคลและปัญหา ด้านเศรษฐกิจ รวมทั้ง รวมทั้งนโยบายระดับประเทศและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเขต ตำบลทุกเขต อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ให้สามารถลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้และส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อีกทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในสถานบริการต่างๆ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ก่อนการใช้โปรแกรมการ สัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการ สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของกลุ่มทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่หลังการทดลองใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง สุ่มสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง (Randomize Pretest-Posttest control group Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุเตย ตำบลพุเตย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากรคือผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุเตย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

นิยามศัพท์

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่ หมายถึง โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ เกิดเจตคติ และสามารถปฏิบัติตนให้สามารถหยุดสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ได้ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ในครั้งแรก และการสัมภาษณ์ตามนัด หรือการติดตามในวันที่ 3, 7, 14, 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และเมื่อครบ 1 ปี

ประสิทธิผล หมายถึง ผลของการใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งประเมินจากระดับคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่

บุหรี่ย หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทที่มีส่วนประกอบของสารนิโคติน

ความรู้ หมายถึง ความรู้ที่นำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ ความจำและความเข้าใจของผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ย วิธีการ และเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่

เจตคติ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก ท่าทีเกี่ยวกับบุหรี่ย

การปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติและการดูแลตนเองเพื่อการเลิกสูบบุหรี่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง สุ่มสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง (Randomize Pretest-Posttest control group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุเตย ตำบลพุเตย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 1,452 คน

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน (Central limited Theorem : Bart, 1999. อ้างถึงในสมหมาย คชนาม. 2563) รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน คือการเลือกกรณีตรงตามประเด็นการวิจัยมากกว่าปกติ (Intensity sampling) คือการเลือกผู้ที่มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) กลุ่มละ 30 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 15 – 70 ปี
2. อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุเตย
3. สูบบุหรี่เป็นประจำอย่างน้อยวันละ 1 มวนขึ้นไป
4. มีการรับรู้ที่เป็นปกติ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการคิด จำ ถามและตอบ
5. มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยได้ตามปกติ สามารถอ่านออก เขียนได้
6. ไม่มีโรคประจำตัวหรือที่เป็นอันตรายและอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
7. กลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคหรืออาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ไม่ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการการสูบบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุเตย ตำบลพุเตย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน10 ข้อ เจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน10 ข้อ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ จำนวน10 ข้อ
2. โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่ รพ.สต.พุเตย ตำบลพุเตย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ตามแนวทางการส่งเสริมเพื่อช่วยในกระบวนการบำบัดโรคติดสารเสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่คือ 5A 5R 5D

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์และโปรแกรมการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเหมาะสมและตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มากกว่า 0.5 ทุกข้อ
2. หาค่าความเชื่อมั่น

2.1 แบบสอบถามชนิดสัมพันธภาพความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยวิธี คูเดอริชาร์ดสัน (Kuder & Richardson : KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.74 หากค่าความยากง่าย(p) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.2 – 0.8 และไม่มีค่าติดลบ ทุกข้อ และหากค่าอำนาจจำแนก ค่าอำนาจจำแนก (r) มีค่ามากกว่า 0.2 ขึ้นไปและไม่มีค่าติดลบทุกข้อ

2.2 แบบสอบถามชนิดสัมพันธภาพเจตคติและการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ หากค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ อัลฟา ของครอนบัก (alpha of cronbach : α) มีค่าเท่ากับ 0.81, 0.76 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่ ที่รับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุเตย ตำบลพุเตย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 8 ครั้ง โดยการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 และติดตามในวันที่ 3, 7, 14, 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และเมื่อครบ 1 ปี เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติทดสอบสมมติฐาน การทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองกลุ่มใช้สถิติ

Wilcoxon W และการทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Mann- Witney U Test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564 รหัสโครงการวิจัย สสจ.พช. 1/64-80-03/02/64 โดยผู้วิจัยได้อธิบายชี้แจงการดำเนินการวิจัยและให้อาสาสมัครลงนามความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.70 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 66.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 96.70 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.00 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.70 และไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 73.30 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัวอื่น ๆ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ(%)
1. เพศ		
ชาย	52	86.70
หญิง	8	13.30
2. อายุ		
≤ 60 ปี	40	66.70
> 60 ปี ขึ้นไป	20	33.30
3. สถานภาพ		
สมรส	48	80.00
หม้าย/หย่า/แยก	3	16.70
โสด	2	3.30
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	96.70
สูงกว่าประถมศึกษา	2	3.30
5. อาชีพ		
เกษตรกร	42	70.00
รับจ้าง	6	10.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	6.70
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	10.00
อื่นๆ	2	3.30
6. รายได้ (บาท/เดือน)		
< 5,000 บาท	40	66.70
≥ 5,000 บาท ขึ้นไป	20	33.30
7. โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	44	73.30
มี	12	26.70
รวม	60	100.00

ตอนที่ 2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ ก่อนการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ ก่อนการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Z	p
	$\bar{x} \pm S.D.$	$\bar{x} \pm S.D.$		
ความรู้	7.7 \pm 2.2	7.3 \pm 2.4	-.593	.553
เจตคติ	26.9 \pm 2.7	27.5 \pm 2.6	-1.164	.245
การปฏิบัติ	25.8 \pm 2.7	26.8 \pm 2.7	-1.647	.100

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง

หลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Z	p
	$\bar{x} \pm S.D.$	$\bar{x} \pm S.D.$		
ความรู้	7.7 \pm 2.2	8.8 \pm 0.9	-2.7	.007
เจตคติ	26.9 \pm 2.7	29.0 \pm 1.1	-3.842	.000
การปฏิบัติ	25.8 \pm 2.7	28.8 \pm 1.2	-4.445	.000

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ หลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของเจตคติไม่แตกต่างกัน ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 4 ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ หลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Z	p
	$\bar{x} \pm S.D.$	$\bar{x} \pm S.D.$		
ความรู้	8.8 \pm 0.9	7.8 \pm 1.4	-2.936	.003
เจตคติ	29.0 \pm 1.1	28.6 \pm 1.6	-.947	.344
การปฏิบัติ	28.8 \pm 1.2	26.2 \pm 2.5	-4.022	.000

อภิปรายผล

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของ ผู้สูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจ เกิดขึ้นจากโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นการสนทนาตัวต่อตัวมีการสร้างสัมพันธภาพผู้ช่วยมีความรู้สึกสบายและเป็นส่วนตัวกับผู้สัมภาษณ์ การมีห้องเป็นสัดส่วนทำให้สามารถพูดคุยได้สะดวก ผู้สัมภาษณ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวในรายละเอียดของแต่ละบุคคลมากขึ้น แก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลได้ตรงตามผู้ป่วยต้องการหรือกำลังเผชิญอยู่ สามารถสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้นเข้าใจปัญหาของตนเอง เห็นความสำคัญของสิ่งสำคัญหรือคนสำคัญในชีวิต มองเห็นผลดีในอนาคตหากสามารถเลิกบุหรี่ได้ และมองเห็นผลเสียหากยังสูบบุหรี่ต่อไป สามารถกำหนดเป้าหมาย กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง และเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคสามารถสอบถามขอคำปรึกษาแนะนำและกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาได้ ประกอบกับการจัดสถานที่ที่มีสื่อ เอกสารให้ความรู้ประกอบการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจในเนื้อหาสาระ อันตรายและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดเจต

คติหรือความตระหนักของตนเองเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเข้าใจในวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด รู้วิธีการจัดการเมื่ออยากสูบบุหรี่ และเมื่อได้แรงบันดาลใจหรือแรงจูงใจ ผู้ป่วยจะมีความสนใจจดจำเกี่ยวกับความรู้ จึงมีความตั้งใจและนำไปใช้มากกว่าสถานะปกติในการปฏิบัติเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรุจิรา หวังมัน และคณะ. (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ 10 ราย (ร้อยละ 40) และเดือนที่ 6 หยุดสูบบุหรี่ 9 ราย (ร้อยละ 36) และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรพล หล่อประดิษฐ์, และณรงค์ศักดิ์หนูสอน. (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาส ในเขตอำเภอ คีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลาทดลองเวลา 8 สัปดาห์ ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ เรื่องบุหรี่ความเชื่อในผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ความสามารถแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ หลัง การทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดี บัญญัติรัชต, วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี, คุสิต จันทยานนท์, และพิชัย แสงชาญชัย (2560) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์โปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ใช้ในคลินิกเลิกบุหรี่ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการบำบัดทวารกองประจำการให้เลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ฤทัย ชงศรี.(2562) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัว ปลอดภัย บุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิในผู้สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการสุ่มหลังการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มในผลลัพธ์อัตราการเลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.63 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละศูนย์ $p<0.001$) และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาของปราณี แผนดี. (2563) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมลดสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปและขอเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) สำหรับผู้สูบบุหรี่ ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของผู้สูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. เนื่องจากการสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบและบุคคลใกล้ชิด และต้องใช้เวลาตั้งใจ ความพยายาม และความอดทนเป็นอย่างมากในการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ แต่สามารถเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจและมีเป้าหมายจะทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ หากได้รับแรงบันดาลใจ เกิดแรงจูงใจและได้รับกำลังใจ มีคนคอยให้คำปรึกษา ดังนั้นจึงควรใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

2. การให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ค้นหาสาเหตุของปัญหา และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่จึงสามารถแก้ไขปัญหานั้นของแต่ละบุคคลได้ตรงประเด็น ส่งผลให้การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้นจึงควรใช้วิธีการให้คำปรึกษาหรือการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในคลินิกเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักหรือมีเจตคติและวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีข้อจำกัดเรื่องของเวลาในการให้คำปรึกษาคือใช้เวลาค่อนข้างนานสำหรับผู้รับคำปรึกษาแต่ละราย ดังนั้นจึงควรศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาที่ใช้ระยะเวลาสั้น เช่น การให้คำปรึกษาแบบสั้น หรือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มซึ่งสามารถให้คำปรึกษาได้ทีละหลายคน

2. กลุ่มผู้สูบบุหรี่มีอยู่ในทุกที่เช่นสถานศึกษา หรือสถานประกอบการ และในชุมชนดังนั้นหากมีการศึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางการศึกษาในชุมชน เช่น อสม. ซึ่งมีครอบคลุมทุกชุมชนให้มีความรู้ ความสามารถในการให้คำปรึกษาวิธีการเลิกสูบบุหรี่ก็จะเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาได้มากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ และเพื่อปรับปรุงระบบบริการคลินิกเลิกบุหรี่ใน รพ.สต. ให้ดีขึ้น

2. ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ เกิดเจตคติที่ดี มีความเข้าใจในวิธีปฏิบัติเพื่อเลิกบุหรี่ที่ถูกต้อง มีความตั้งใจ เกิดแรงจูงใจ สามารถเลิกบุหรี่ได้

บรรณานุกรม

ธีรพล หล่อประดิษฐ์, และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2559). ผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาสอำเภอคีรีมาศจังหวัดสุโขทัย.

วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. เทศศกต์เดชกง. (2555). เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ. กรุงเทพฯสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน วิทยุทัย ธงศรี.(2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดย

เภสัชกรปฐมภูมิ.วิทยานิพนธ์.ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (ออนไลน์) การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation) แหล่งที่มา

<https://med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/smokingcessation.pdf>

สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2563

ปราณี แพนดี.(2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการลดสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร.วิทยานิพนธ์ สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ปรีดี บุญญศิริชต, วิโรจน์ เจียมจรัสรัมย์, คุณิต จันทยานนท์, และพิชัย แสงชาญชัย. (2560).

ประสิทธิผลของการประยุกต์โปรแกรมเลิกบุหรี่ ในทหารกองประจำการผลิตที่ 1/2559

กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทยทหารบก, 70(1), 31-39.

วรจิรา หวังมัน,นิรันดร สร้อยระย้า,ลือ มีแก้ว และจันทรเพ็ง หึงขุนทด.(2557). การศึกษา

ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลลำโรงทาบ อำเภอลำโรงทาบ จังหวัด

สุรินทร์.พิมพ์ครั้งที่ 1.สุรินทร์.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.(2558) รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อ

ควบคุม การบริโภคยาสูบ 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ, เจริญมั่นคงการพิมพ์.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.(2560).การทบทวนวรรณกรรมบ้านปลอดบุหรี่.

กาวทันวิจัยกับศจย,9(3),3-22

สมคิด อุ่นเสมอธรรม. (ออนไลน์) การสูบบุหรี่กับโรคเบาหวาน แหล่งที่มา

<http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2017/08/smok.pdf>

สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2563

สมหมาย คชนาม. (2563) เอกสารประกอบการฝึกอบรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย, อัดสำเนา

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ.(2559). แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2559 –

2562.นนทบุรี. ไนซ์เอิร์ธดีไซค์.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2559).

สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร:
เจริญมั่นคงการพิมพ์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557) การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร
พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ, เท็กซัส: แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชัน.

องอาจ นัยวัฒน์.(2549).วิธีวิทยาทางการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และ
สังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ.สามลดา.

Bartz, Albert E. (1999). **Basic Statistical Concept**. New Jersey : Prentice-Hall, Inc

Part C

บทความวิชาการ

สิ่งแวดล้อมกับสาธารณสุขชุมชน

ปรัชญกุล ตุลาชม
นักวิชาการสิ่งแวดล้อม

บทคัดย่อ: สิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขชุมชนเป็นสององค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและส่งผลกระทบต่อกันและกันในหลายมิติ การมีสภาพแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัยและเอื้อต่อการดำเนินชีวิตสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรค สิ่งแวดล้อมของเราเปลี่ยนแปลงไปตามความจำเป็นของการพัฒนาบ้านเมือง หากมิได้มีการวางแผนการพัฒนาควบคู่ไปกับการดำรงอยู่ของสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นอาจกลายเป็นปัญหามลพิษ รวมทั้งการใช้สารเคมีในอุตสาหกรรมและการเกษตร ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้คนในชุมชน ผลกระทบที่ชัดเจนที่สุดคือเรื่องของสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่ดีสามารถส่งเสริมสุขภาพของประชากร ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขประหยัดงบประมาณที่จะจัดสรรมาดูแลด้านสุขภาพ ลดภาระทางการแพทย์ สิ่งสำคัญอีกประเด็นคือการสร้างความตระหนักรู้ ความรับผิดชอบต่อสังคมและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

คำสำคัญ: สิ่งแวดล้อม สาธารณสุขชุมชน สุขภาพ

บทนำ

สิ่งแวดล้อมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ รวมถึงการส่งเสริมความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ การรักษาสภาพแวดล้อมให้ดีไม่เพียงแต่ช่วยให้มนุษย์มีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ยังส่งผลให้ธรรมชาติและสิ่งมีชีวิตอื่นๆ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างยั่งยืน สิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด สภาพแวดล้อมที่ดีสามารถสนับสนุนสุขภาพของชุมชนได้ การมีสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และเอื้อต่อการดำเนินชีวิตสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรค และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในหลายๆ ด้าน เช่น ลดความเสี่ยงโรคทางเดินหายใจ ด้านความเครียด และปรับปรุงสุขภาพจิต ด้านสุขอนามัยและสุขาภิบาล รวมถึงการเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีในระยะยาว ขณะที่สภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม มลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมและยานพาหนะ น้ำที่ไม่สะอาด และปนเปื้อน การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การใช้สารเคมีในอุตสาหกรรมและการเกษตร ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ การรักษาสภาพแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัยไม่เพียงแต่ช่วยป้องกันโรคแต่ยังส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนให้ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมที่ดีมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริม

สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ การมีสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และเป็นมิตรต่อธรรมชาติ ช่วยให้เราสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

การที่สิ่งแวดล้อมของเราเปลี่ยนแปลงไปตามความจำเป็นของการพัฒนาบ้านเมือง หากมิได้มีการวางแผนการพัฒนาควบคู่ไปกับการดำรงอยู่ของสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นอาจกลายเป็นปัญหามลพิษ ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้คนในชุมชน ผลกระทบที่ชัดเจนที่สุดคือเรื่องของสุขภาพ โดยที่สารมลพิษต่าง ๆ จะค่อย ๆ แทรกซึมเข้าสู่ร่างกาย และเมื่อได้รับในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อย ๆ อาจทำให้เกิดโรคร้าย การรับมือกับผลกระทบของสารเคมีและมลพิษทางอุตสาหกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์จึงสำคัญมาก การควบคุมการใช้สารเคมีในกระบวนการผลิตและการออกแบบที่มีความปลอดภัย การใช้งานในสภาพแวดล้อมที่มีระบบระเบียบและมีการควบคุมอย่างเข้มงวด เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้สูงสุด

บทความนี้จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขชุมชน โดยเน้นไปที่ผลกระทบของคุณภาพอากาศ คุณภาพน้ำ สุขอนามัยและสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการใช้สารเคมีในอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม

ความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขชุมชน

คุณภาพอากาศ คุณภาพอากาศมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของมนุษย์ การมีอากาศที่สะอาดและบริสุทธิ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เรามีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ มิติกลับกัน การหายใจเอามลพิษทางอากาศเข้าไปสามารถทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงได้ คุณภาพอากาศที่ไม่ดี เช่น มลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมและยานพาหนะ การเผาไหม้ทางการเกษตรหรือการเผาขยะที่เป็นการกำจัดขยะที่ไม่ถูกวิธี สามารถก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ และมะเร็งปอด การปรับปรุงคุณภาพอากาศสามารถลดอัตราการเกิดโรคเหล่านี้ได้ อากาศบริสุทธิ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจเอาอากาศที่ปลอดจากมลพิษช่วยลดความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด หลอดลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจ การลดการปล่อยมลพิษทางอากาศจากยานพาหนะและโรงงานอุตสาหกรรม ยานพาหนะ การลดการเผาไหม้ทางการเกษตรหรือการเผาขยะ รวมถึงการส่งเสริมการใช้พลังงานหมุนเวียน เป็นวิธีที่ช่วยรักษาคุณภาพอากาศที่ดี

วิธีการปรับปรุงคุณภาพอากาศ การปรับปรุงคุณภาพอากาศเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ

ลดการปล่อยมลพิษ การลดการปล่อยมลพิษจากยานพาหนะ โรงงานอุตสาหกรรม การเผาไหม้ทางการเกษตรและแหล่งอื่นๆ เป็นวิธีสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพอากาศ

ส่งเสริมการใช้พลังงานหมุนเวียน การใช้พลังงานหมุนเวียน เช่น พลังงานแสงอาทิตย์ และพลังงานลมสามารถช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและมลพิษทางอากาศ

เพิ่มพื้นที่สีเขียว การเพิ่มพื้นที่สีเขียวในเมืองช่วยลดมลพิษทางอากาศและสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพหรือการอนุรักษ์ป่า ลดการตัดไม้และปลูกป่าเพิ่ม การปลูกต้นไม้และพืชคลุมดินช่วยลดอุณหภูมิทางอากาศและเพิ่มความชุ่มชื้นในอากาศ

การใช้เทคโนโลยีกรองอากาศ การติดตั้งเครื่องกรองอากาศในบ้าน โรงเรียน และสถานที่ทำงานสามารถช่วยลดการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศภายในอาคารได้

คุณภาพอากาศมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของมนุษย์ การหายใจเอามลพิษทางอากาศเข้าไปทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงได้ทั้งในระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท สุขภาพจิต และระบบภูมิคุ้มกัน การปรับปรุงคุณภาพอากาศเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เรามีชีวิตที่มีคุณภาพและสุขภาพที่ดีในระยะยาว

คุณภาพน้ำ น้ำเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต น้ำดื่มที่สะอาดและปลอดภัยช่วยลดความเสี่ยงของโรคที่เกิดจากน้ำ เช่น โรคท้องร่วง ไทฟอยด์ โรคติดเชื้อทางเดินอาหารและโรคบิด การมีระบบกรองน้ำที่มีประสิทธิภาพและการจัดการทรัพยากรน้ำอย่างยั่งยืนช่วยให้เรามีน้ำที่สะอาดสำหรับดื่มและใช้ในครัวเรือน น้ำที่ไม่สะอาดและปนเปื้อนสามารถก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ การเข้าถึงน้ำสะอาดและการจัดการน้ำเสียอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรค น้ำที่ปนเปื้อนสารเคมี เช่น สารพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม ยาฆ่าแมลงและโลหะหนัก เช่นปรอท ตะกั่ว แคดเมียม สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาวได้ โรคที่เกิดจากการปนเปื้อนมลพิษทางน้ำ เช่น มะเร็ง ความผิดปกติของระบบประสาท ปัญหาทางระบบสืบพันธุ์ วิธีการรักษาคุณภาพน้ำ

การรักษาคุณภาพน้ำให้สะอาดและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรมีส่วนร่วม

การบำบัดน้ำเสีย โรงงานอุตสาหกรรมและชุมชนควรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการปนเปื้อนในแหล่งน้ำธรรมชาติ

การจัดการขยะ การจัดการขยะอย่างถูกวิธีช่วยลดการปนเปื้อนในน้ำ รวมถึงการรีไซเคิลและการลดการใช้พลาสติก

การใช้สารเคมีอย่างรับผิดชอบ การลดการใช้สารเคมีในเกษตรกรรมและการใช้สารเคมีอย่างระมัดระวังในอุตสาหกรรมสามารถช่วยลดการปนเปื้อนในน้ำและภาครัฐออกมาตรการเข้มขันเพื่อบังคับใช้

การอนุรักษ์แหล่งน้ำธรรมชาติ การรักษาและอนุรักษ์แหล่งน้ำธรรมชาติเช่น แม่น้ำ ลำคลองและแหล่งน้ำใต้ดินช่วยให้มีน้ำที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับการใช้งาน ลดการปล่อยน้ำเสียลงแหล่งน้ำต่าง ๆ

คุณภาพน้ำมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ การดื่มน้ำที่สะอาดและปลอดภัย การใช้น้ำในการทำอาหาร การเกษตร และอุตสาหกรรม การป้องกันการปนเปื้อนสารเคมีและเชื้อโรคในน้ำ ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เรามีชีวิตที่มีคุณภาพและสุขภาพที่ดี การรักษาคุณภาพน้ำเป็นหน้าที่ของทุกคนเพื่อให้เรามีแหล่งน้ำที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับการใช้งานในปัจจุบันและอนาคต

สุขอนามัยและสุขาภิบาล สุขอนามัยและสุขาภิบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ การมีสุขอนามัยที่ดีและสุขาภิบาลที่เหมาะสมช่วยป้องกันโรคและรักษาคุณภาพชีวิตที่ดี การขาดสุขอนามัยและสุขาภิบาลที่ดี เช่น การขาดห้องน้ำที่สะอาด การกำจัดขยะที่ไม่เหมาะสมสามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร และโรคผิวหนัง

การปรับปรุงสุขอนามัยและสุขาภิบาล สามารถลดการแพร่กระจายของโรคเหล่านี้ได้ การป้องกันโรคติดต่อ สุขอนามัยและสุขาภิบาลที่ดีช่วยลดความเสี่ยงของโรคติดต่อ เช่น

โรคทางเดินอาหาร การล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดหลังการใช้ห้องน้ำและก่อนการกินอาหารช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคทางเดินอาหาร เช่น โรคท้องร่วง โรคบิด และโรคไทฟอยด์

โรกระบบทางเดินหายใจ การรักษาสุขอนามัยในที่พำนักและสถานที่ทำงาน เช่น การทำความสะอาดพื้นผิวและการระบายอากาศที่ดี ช่วยลดความเสี่ยงของโรกระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่และวัณโรค

โรคติดเชื้อที่ผิวหนัง การรักษาความสะอาดร่างกายและสภาพแวดล้อมช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อที่ผิวหนัง เช่น โรคกลากและโรคเชื้อรา

การจัดการของเสียอย่างถูกวิธี สุขาภิบาลที่ดีรวมถึงการจัดการของเสียอย่างถูกวิธีมีผลต่อสุขภาพ เช่น

การจัดการขยะมูลฝอย การเก็บขยะอย่างเป็นระบบและการกำจัดขยะอย่างถูกวิธีช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรคและลดมลพิษทางสิ่งแวดล้อม

การบำบัดน้ำเสีย การบำบัดน้ำเสียจากบ้านเรือนและอุตสาหกรรมช่วยป้องกันการปนเปื้อนของน้ำและลดความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้องกับน้ำ

การจัดการน้ำสะอาด การมีน้ำสะอาดสำหรับการดื่ม การทำอาหาร และการทำความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยรักษาสุขภาพ

น้ำดื่มที่ปลอดภัย การมีระบบการกรองน้ำที่มีประสิทธิภาพและการจัดการทรัพยากรน้ำอย่างยั่งยืนช่วยลดความเสี่ยงของโรคที่เกิดจากน้ำปนเปื้อน เช่น โรคท้องร่วงและโรคตับอักเสบเอ

การใช้สารเคมีในการบำบัดน้ำ การใช้คลอรีนหรือสารเคมีอื่น ๆ ในการบำบัดน้ำช่วยฆ่าเชื้อโรคและทำให้น้ำสะอาดปลอดภัยสำหรับการใช้งาน

การส่งเสริมสุขภาพจิต สุขอนามัยและสุขาภิบาลที่ดีมีผลต่อสุขภาพจิตของมนุษย์ เช่น

ความรู้สึกสบายใจและปลอดภัย การมีสภาพแวดล้อมที่สะอาดและเป็นระเบียบช่วยให้เรารู้สึกสบายใจและปลอดภัย

การลดความเครียด การมีสุขอนามัยที่ดีช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการป่วยและการติดเชื้อ

การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การมีสุขอนามัยและสุขาภิบาลที่ดีช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

การควบคุมการแพร่ระบาดของโรค การมีสุขอนามัยที่ดีช่วยลดการแพร่กระจายของโรคในชุมชนและลดการระบาดของโรคติดต่อ

การให้ความรู้และการส่งเสริมสุขอนามัย การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขอนามัยและการส่งเสริมสุขาภิบาลในชุมชนช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรค

วิธีการส่งเสริมสุขอนามัยและสุขาภิบาล การส่งเสริมสุขอนามัยและสุขาภิบาลเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรมีส่วนร่วม

การล้างมือ การล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายที่สุดและมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค

การจัดการขยะมูลฝอย การเก็บขยะอย่างเป็นระบบและการกำจัดขยะอย่างถูกวิธีช่วยลดการแพร่กระจายของโรค

การบำบัดน้ำเสีย การบำบัดน้ำเสียจากบ้านเรือนและอุตสาหกรรมช่วยป้องกันการปนเปื้อนของน้ำ

การให้ความรู้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขอนามัยและการส่งเสริมสุขาภิบาลในชุมชนช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรค

สุขอนามัยและสุขาภิบาลมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ การรักษาสุขอนามัยที่ดี การจัดการของเสียอย่างถูกวิธี การจัดการน้ำสะอาด และการส่งเสริมสุขภาพจิต ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เรามีชีวิตที่มีคุณภาพและสุขภาพที่ดี การส่งเสริมสุขอนามัยและสุขาภิบาลในชุมชนเป็นหน้าที่ของทุกคน เพื่อให้เรามีสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับการดำรงชีวิตในปัจจุบันและอนาคต

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ในหลายด้าน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ความรุนแรงและความถี่ของเหตุการณ์สภาพอากาศสุดขั้วเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของโรคภัยไข้เจ็บและการแพร่กระจายของโรค การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิอาจทำให้เกิดโรคลมแดด โรคลมดัน โรคฮีทสโตรก และการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศอาจทำให้การแพร่กระจายของโรคที่มีพาหะ เช่น มาลาเรีย และไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น

ความร้อนที่เพิ่มขึ้น อุณหภูมิที่สูงขึ้นเป็นผลกระทบหลักจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น

โรคลมแดด อุณหภูมิที่สูงขึ้นสามารถทำให้เกิดโรคลมแดด (heatstroke) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ โดยเกิดจากสภาพอากาศที่ร้อนจัดทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถระบายออกได้ทันที

ภาวะขาดน้ำ อุณหภูมิที่สูงขึ้นทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและเด็กเล็ก เกิดจากการที่ร่างกายสูญเสียน้ำจากทั้งหลอดเลือดและเซลล์ของร่างกายมากกว่าที่ได้รับ โดยภาวะขาดน้ำมักจะสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด

โรคเรื้อรัง อุณหภูมิที่สูงขึ้นสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและโรคปอดมีอาการแย่ลง หรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต

การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีผลต่อการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อหลายชนิด

โรคที่มียุงเป็นพาหะ การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิและการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการตกของฝนสามารถเพิ่มการแพร่กระจายของโรคที่มียุงเป็นพาหะ เช่น โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก และไวรัสซิกา

โรคทางน้ำ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสามารถทำให้แหล่งน้ำสะอาดหายากขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงของโรคทางน้ำ เช่น โรคท้องร่วงและอหิวาตกโรค

การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของอาหาร การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีผลกระทบต่อการผลิตอาหารและความมั่นคงทางอาหาร

การขาดแคลนอาหาร การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของฝนและความร้อนสามารถทำให้ผลผลิตทางการเกษตรลดลง ทำให้เกิดการขาดแคลนอาหารและภาวะทุพโภชนาการ

การปนเปื้อนของอาหาร การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิสามารถเพิ่มการเติบโตของเชื้อโรคในอาหารและน้ำ ทำให้เกิดการปนเปื้อนและเพิ่มความเสี่ยงของโรคที่เกิดจากอาหาร

ปัญหาทางสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสามารถทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความเครียดและภาวะซึมเศร้า การเผชิญกับภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม พายุ และไฟป่า สามารถทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ความวิตกกังวล ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสภาพภูมิอากาศในอนาคตสามารถทำให้เกิดความวิตกกังวลและปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ

การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น

มลพิษทางอากาศ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสามารถเพิ่มระดับมลพิษทางอากาศ เช่น โอโซนและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพในระบบทางเดินหายใจ

การสูญเสียแหล่งน้ำสะอาด การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้แหล่งน้ำสะอาดหายากและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคทางน้ำ

วิธีการรับมือกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การรับมือกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นวิธีสำคัญในการชะลอการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง การพัฒนามาตรการปรับตัวเช่น การสร้างระบบเตือนภัยพิบัติ การปรับปรุงระบบสุขภาพ และการพัฒนานวัตกรรมในการเกษตรช่วยให้ชุมชนสามารถรับมือกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้

การให้ความรู้และการสร้างความตระหนัก การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและวิธีการป้องกันและปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญในการลดผลกระทบต่อสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การเผชิญกับอุณหภูมิที่สูงขึ้น การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของอาหาร ปัญหาทางสุขภาพจิต และการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมเป็นผลกระทบที่สำคัญที่ต้องการการรับมืออย่างจริงจัง การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นวิธีสำคัญในการรักษาสุขภาพของเราและชุมชนในอนาคต

การใช้สารเคมีและมลพิษทางอุตสาหกรรม เป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมีในอุตสาหกรรมและการเกษตร รวมถึงมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมสามารถทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การเกิดโรคมะเร็ง และความผิดปกติทางระบบประสาท การควบคุมการใช้สารเคมีและการจัดการมลพิษสามารถลดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งสารเคมีและมลพิษเหล่านี้สามารถเข้าสู่ร่างกายของเราผ่านทางอากาศที่หายใจเข้าไป การสัมผัสผิวหนัง และการบริโภคอาหาร และน้ำที่ปนเปื้อน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อระบบร่างกายตามด้านต่าง ๆ ดังนี้

การเป็นพิษแบบเรื้อรัง

การสัมผัสผิวหนัง การสัมผัสที่เกิดขึ้นกับผิวหนัง โดยสารเคมีที่มีพิษสามารถก่อให้เกิดผื่น ระคายเคือง หรือการระคายเคืองผิวหนังได้ สารเคมีที่เป็นพิษอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น การระคายเคืองผิวหนังหรือแผลผิวหนังที่รุนแรง

การดูดซึม การดูดซึมสารพิษเกิดขึ้นเมื่อสารเคมีหรือสารพิษอื่น ๆ เข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนัง หรือทางเดินหายใจและถูกนำเข้าสู่กระแสเลือด สารพิษที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ ไต หัวใจ หรือสมอง

การเป็นพิษแบบเรื้อรัง การเป็นพิษแบบเรื้อรังเกิดขึ้นเมื่อสารเคมีหรือสารพิษอื่น ๆ ซึ่งปล่อยออกมาจากสิ่งแวดล้อมหรือโรงงานที่ทำสะสมในร่างกายเป็นเวลานาน มีผลกระทบต่อร่างกายอย่างรุนแรงและเกิดอาการป่วยที่ยากจะหายขาด การเป็นพิษแบบเรื้อรังมักจะต้องการใช้เวลาในการรักษานาน และมีความซับซ้อน การสัมผัสสารเคมีบางชนิดในระยะยาวอาจเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้

การสะสมในร่างกาย สารเคมีหรือสารพิษที่มีการสะสมไว้ในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เนื่องจากไม่สามารถถูกขับถ่ายออกจากร่างกายได้ในปกติ ซึ่งสารพิษที่สะสมในร่างกายสามารถมีผลกระทบที่สามารถเห็นได้ทั้งทางสุขภาพและทางชีวภาพสารเคมีอาจสะสมอยู่ในร่างกายเป็นเวลานานทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ หรือระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ สารเคมีหรือฝุ่นอนุภาคเล็กที่เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจของมนุษย์ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและร่างกาย ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต การสูดดมสารเคมีหรือมลพิษทางอุตสาหกรรมสามารถทำลายเนื้อเยื่อของปอดและทางเดินหายใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคปอดเรื้อรัง

ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร พิษเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะกระทำต่อเนื้อเยื่อ ในทางเดินอาหารได้ ซึ่งอาจมีผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพได้การก่อให้เกิดโรคต่อเนื่อง การบริโภคอาหารหรือน้ำที่มีการปนเปื้อนสารเคมีหรือมลพิษทางอุตสาหกรรมสามารถทำให้เกิดโรคทางเดินอาหาร เช่น โรคมะเร็งในกระเพาะอาหาร

ผลกระทบต่อระบบประสาท สารเคมีบางตัวเป็นพิษต่อระบบประสาทที่สูง ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสมองและระบบประสาท ทำให้เกิดการเสื่อมหรือปัญหาทางสมองอื่นๆ พิษบางชนิดสามารถทำลายเซลล์ประสาทโดยตรง ทำให้เกิดการเสื่อมของระบบประสาทได้ เช่น สารเคมีที่มีฤทธิ์กระตุ้นต่อเซลล์ประสาทหรือทำให้เกิดการทำลายเซลล์ พิษบางชนิดสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของระบบประสาท

แนวทางการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสาธารณสุขชุมชน

การลดมลพิษทางอากาศ การใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพสูงในการกำจัดมลพิษทางอากาศ นำเทคโนโลยีที่สะอาดมาใช้ร่วมกับการพัฒนาและการลดการใช้พลังงานจากฟอสซิล ปรับปรุงกระบวนการผลิตเพื่อลดการปล่อยมลพิษ ที่เกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ การควบคุมการปล่อยมลพิษที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์ การส่งเสริมนโยบายสิ่งแวดล้อมและมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ในส่วนของการศึกษา ภาครัฐควรส่งเสริมการสร้างความตระหนักรู้ความสำคัญของสิ่งแวดล้อม การลดมลพิษทางอากาศเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อให้สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการน้ำอย่างยั่งยืน เป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อให้มีการใช้น้ำที่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงน้ำสะอาดของประชาชนสามารถลดการแพร่กระจายของโรคติดต่อ น้ำที่ไม่สะอาดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง และแมลงที่เป็นพาหะของโรค เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย อีกทั้งการมีน้ำที่สะอาดและเพียงพอช่วยลดความเครียดและความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน และสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มิติทางการบริหารน้ำในระดับประเทศสามารถลดความเสี่ยงของน้ำท่วมซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

การปรับปรุงสุขอนามัยและสุขาภิบาล การสร้างระบบสุขาภิบาลที่ดี เช่น การจัดการขยะ และการจัดหาน้ำที่สะอาดสามารถลดการแพร่กระจายของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตไม่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่สะอาด ทำให้สามารถทำงานและดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระทางการแพทย์ที่จะมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอันยาวนาน ลดภาระงานและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ช่วยให้ระบบสาธารณสุข มีทรัพยากรเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจริงๆ สิ่งสำคัญอีกประเด็นคือการสร้างความตระหนักรู้ ความรับผิดชอบต่อสังคมและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การส่งเสริมพื้นที่สีเขียว การสร้างและรักษาพื้นที่สีเขียวในชุมชนสามารถส่งเสริมสุขภาพจิต และลดความเครียด ปรับปรุงคุณภาพอากาศ พื้นที่สีเขียวช่วยลดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์และปล่อยออกซิเจนทำให้อากาศบริสุทธิ์ขึ้น ลดมลพิษทางอากาศ ลดอุณหภูมิ ในเขตเมืองการมีพื้นที่สีเขียวสามารถ

จัดสรรเป็นสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย เช่น การเดิน วิ่ง ขี่จักรยาน และกิจกรรมกลางแจ้งอื่น ๆ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคอ้วน

การควบคุมการใช้สารเคมีและการจัดการมลพิษ การควบคุมการใช้สารเคมีในอุตสาหกรรมและการเกษตรรวมถึงการจัดการมลพิษทางอุตสาหกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดการปนเปื้อนของสารเคมีในอาหารและน้ำดื่ม ทำให้อาหารและน้ำที่ประชาชนบริโภคมีความปลอดภัยมากขึ้นสามารถลดความเสี่ยงต่อระบบประสาท ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน สนับสนุนการใช้วิธีการเกษตรและอุตสาหกรรมที่ยั่งยืนโดยส่งเสริมให้ใช้สารเคมีที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติทางการเกษตรเกิดการพัฒนาด้านที่สมดุล ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

บทสรุป

สิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขชุมชนเป็นสององค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและส่งผลกระทบต่อกันและกันในหลายมิติ สิ่งแวดล้อมที่ดีสามารถส่งเสริมสุขภาพของประชากร ในขณะที่เดียวกัน สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายก็สามารถทำให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ได้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขชุมชนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนและจัดการด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของประชาชนและการพัฒนาที่ยั่งยืนของชุมชน สิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมด้านสาธารณสุขชุมชนลดอัตราการเกิดโรคในคน ดังนั้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การวางผังเมืองที่ดีการส่งเสริมให้ภาคเอกชนและประชาชนช่วยกันลดมลพิษ การจัดการน้ำและขยะอย่างยั่งยืน การส่งเสริมพื้นที่สีเขียว เป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนช่วยลดการแพร่กระจายของโรคและส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- World Health Organization (WHO). (2024). "Environment and Health." Retrieved from WHO
- United Nations Environment Programme (UNEP). (2024). "Environmental Health." Retrieved from UNEP
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). "Environmental Health and Community Health." Retrieved from CDC
- World Bank. (2024). "Sustainable Water Management and Health." Retrieved from World Bank
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). (2024). "Agricultural Chemicals and Health." Retrieved from FAO
- United Nations Development Programme (UNDP). (2024). "Urbanization and Health." Retrieved from UNDP



Building
Sustainable
Environment