



Primary Health Care Journal (Northern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)



ปีที่ 34 ฉบับที่ 1

ประจำเดือน มกราคม – เมษายน 2567

ISSN : xxxx-xxxx (print)

ISSN : xxxx-xxxx (online)

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐานภาคเหนือ

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2567

ที่ปรึกษา

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.สามารถ ทิระศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการบริหาร

นายอุทิศ จิตเงิน	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางเพ็ญศรี ไตเทศ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นายมฤตราช ไชยภาพ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรักษ์	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วรรณา ประยุกต์วงศ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.กิตติคุณ หมู่พยับ	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.วุฒิชัย จริยา	มหาวิทยาลัยเนเธอร์แลนด์
ผศ.ดร.กฤตปักษิ์ ตันตอมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธัชพล เมธาธิกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธิตินา ทวานิชยเวช	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.สุภากรรณ์ ตันตินันตกรกุล	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนินทร์
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทนา ไยมคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.สุสิทธิ์ ปิยสุภี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ ประชารักษ์ นครสวรรค์
นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยเนเธอร์แลนด์
นางสาววัชรีย์ ศรีทอง	นักวิชาการอิสระ
ดร.ภูซงค์ อินทร์ชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ข้าราชการบำนาญ
ดร.สมนึก หงษ์ขี้ม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.วิสุทธิ บุญญะโสภิต	นักวิชาการอิสระ
ดร.ธัญชนก ชุมทอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวนงลักษณ์ วิชัยรัมย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาววันวิสา คำสัตย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาวชนม์นิภา ใจดี	มหาวิทยาลัยชินวัตร

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเพ็ญศรี ไตเทศ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นายมฤตราช ไชยภาพ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรักษ์	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวนารี ยอดทอง	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสิริลักษณ์ ช่างเนียม	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางบุญเชิด ธรรมสอน	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวศศิประภา เขาซ่า	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม / สนใจติดต่อได้ที่

เบอร์โทรศัพท์ : 056 222 375
: 095-709 5942 (มฤตราช)
: 095-246 4124 (รัชต์สุดา)

LINE ID : bo_em
: namfarok



ช่องทางการเผยแพร่

บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2567



อุทิศ จิตเงิน

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

เปิดศักราช

ต้อนรับปีงบประมาณใหม่ พ.ศ. 2567 พร้อมกับการจัดระบบการออกวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือราย 4 เดือนใหม่ จากเดิมออกฉบับที่ 1 นับจากเดือนตุลาคม ถึงเดือนมกราคมของปีถัดไป เปลี่ยนเป็นฉบับที่ 1 ออกเดือนมกราคม ถึง เมษายน จนไปสิ้นสุดฉบับที่ 3 ออกเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคมของปีเดียวกัน

บทความและงานวิชาการในฉบับนี้ยังอัดแน่นด้วยองค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง ยกระดับมาสู่องค์ความรู้ทางวิชาการ ที่สามารถนำมาปรับใช้ได้สอดคล้องตามยุคสมัย และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปได้แก่ 1. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้ออหิวาต์ 2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 3. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม.หมอกคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ 4. สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย 5. การพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม และ 6. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก เนื้อหาวิชาการมีความหลากหลายเหมาะแก่ นักการแพทย์ สาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้ จะเป็นเวทีทางวิชาการ ที่จะกระตุ้นความคิดและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักวิจัย นักวิชาการ ต่อยอดความรู้ ความคิดซึ่งกันและกัน ขอขอบคุณที่ท่านผู้อ่านให้ความสนใจติดตามวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนืออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฯ ฉบับนี้ และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

บทความข่าว

การคัดเลือก อสม. ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 1,2,3 และภาคเหนือ ประจำปี 2567

1

บทความวิชาการ/งานวิจัย

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อน จากเชื้อฉวยโอกาส : ทัศนีย์ อ่างทอง

2

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : บทเรียนเขตสุขภาพที่ 2 : หยกฟ้า เพิ่งเสียว และสุขเสริม ทิพย์ปัญญา

12

ประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอกคนที่ 1 ในระบบ สุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 : ทวีล เลิกชัยภูมิ

20

สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย : มหาชาติ โสภณนิธินาก และ ยุทธนา แยมคาย

28

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะ หลอดเลือดสมองแตก : สุกัญญา ตรีสุวานันท์

38

การพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชนโดยชุมชน มีส่วนร่วม : ดุจดเดือน จิตเงิน

45

การคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 1, 2, 3 และ ภาคเหนือ ประจำปี พ.ศ. 2567

สืบเนื่องจากคณะรัฐมนตรี ได้มีมติให้วันที่ 20 มีนาคม ของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้มีการประกวดผลงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญ กำลังใจให้แก่ อสม.ดีเด่นทุกระดับ ตั้งแต่ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ พร้อมจัดพิธีประกาศเกียรติคุณ และมอบรางวัลให้แก่ อสม.ดีเด่น ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติ ในวันที่ 20 มีนาคม มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ปัจจุบัน มี อสม.ดีเด่นทั้งสิ้น 12 สาขา ได้แก่ 1) สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2) สาขาการส่งเสริมสุขภาพ 3) สาขาสุขภาพจิตชุมชน 4) สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน 5) สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 6) สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 7) สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 8) สาขาการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ในชุมชน 9) สาขาการจัดการสุขภาพ ชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม 10) สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก 11) สาขาทันตสุขภาพ และ 12) สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติ จะได้รับ การเสนอขอพระราชทาน เครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ (ร.จ.ภ.) ต่อไป

ในปี พ.ศ 2567 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการจัดนำเสนอผลงานของ อสม. เพื่อคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 1,2,3 และ อสม.ดีเด่น ระดับภาคเหนือ ทั้ง 12 สาขา ขึ้นระหว่างวันที่ 10-12 มกราคม พ.ศ. 2567 ที่ผ่านมา โดยมี อสม.ดีเด่นระดับจังหวัด จาก 18 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1,2,3 ร่วมนำเสนอผลงานผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 216 คน

ในการพิจารณาผลงาน อสม.ดีเด่น ได้พิจารณาจาก ครองตน ครอบคน ครอบงาน ทำให้เห็นถึงความเป็นจิตอาสา มุ่งมั่น ทุ่มเท เสียสละ การเป็นผู้นำในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนในสาขานั้นๆ มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานของพื้นที่อื่นได้ ผลการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับเขต 1,2,3 และภาคเหนือ ประจำปี 2567 มีดังนี้

อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 1,2,3 และภาคเหนือ ประจำปี 2567

<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>ไก่กัศ สุชนว</p> <p>จ.อุตรดิตถ์</p>  <p>กongsri สริสริ</p> <p>จ.เชียงใหม่</p>  <p>จิตกาน ออดกิตตอม</p> <p>จ.กำแพงเพชร</p>	<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 2</p>  <p>สุพจน์ อัญญเจริญ</p> <p>จ.เชียงใหม่</p>  <p>สุพจน์ อัญญเจริญ</p> <p>จ.เชียงใหม่</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>
<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา สุขภาพจิตชุมชน</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 2</p>  <p>นเรษุ์ เงินป่าสง</p> <p>จ.นครสวรรค์</p>  <p>นุณพานช หน่อกษ</p> <p>จ.น่าน</p>  <p>กongsri สริสริ</p> <p>จ.แพร่</p>	<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน</p> <p>เขตสุขภาพที่ 2 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>สุพจน์ นายพะ</p> <p>จ.เชียงราย</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>
<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การให้บริการใน ศสมช. และการสร้างหลักประกันสุขภาพ</p> <p>เขตสุขภาพที่ 2 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>สมศักดิ์ พรหมอินทร์</p> <p>จ.เชียงราย</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>	<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>วรรณปิศา ใจเทียน</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>
<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ</p> <p>เขตสุขภาพที่ 2 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>สิริมาด เรือนอุ้น</p> <p>จ.น่าน</p>  <p>นุณพานช หน่อกษ</p> <p>จ.น่าน</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>	<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>คณาธิป ปักดี</p> <p>จ.แพร่</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>
<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>อรสา อ่อนสุกรี</p> <p>จ.อุตรดิตถ์</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>	<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>อรสา อ่อนสุกรี</p> <p>จ.อุตรดิตถ์</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>
<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา ทันตสุขภาพ</p> <p>เขตสุขภาพที่ 2 เขตสุขภาพที่ 3</p>  <p>นุณพานช หน่อกษ</p> <p>จ.น่าน</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>	<p>ระดับภาคเหนือ</p> <p>สาขา การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 2</p>  <p>ละเอียด เฟื่องรอด</p> <p>จ.อุตรดิตถ์</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>  <p>สิญจนา กุศกสิชัย</p> <p>จ.ตาก</p>

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส

Nursing Care for HIV/AIDS patients with Opportunistic Infections

อัญญา อ่างทอง

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Received : 18 December 2023, Received in revised form : 3 January 2024, Accepted : 13 February 2024

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การวินิจฉัยการพยาบาล ที่ครอบคลุม ถูกต้อง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วย และปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม พยาบาลที่บ้านและชุมชนจัดเป็นบุคลากรสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อกลับไปรักษาต่อที่บ้าน สนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้บริการสุขภาพครอบคลุมด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟูสภาพแก่ครอบครัว และชุมชนรวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การรักษาประสบความสำเร็จ ไม่เกิดการดื้อยา พังพาทตัวเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดที่มีความสมัครใจ เพื่อให้การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ข้อ ดำเนินการวินิจฉัย วางแผนให้การพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหา และประเมินผลการพยาบาล และปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านและการแก้ปัญหา

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสคือวัณโรค ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพ กลัวความลับถูกเปิดเผยและสังคมรังเกียจ มีความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ เพื่อการมีสุขภาพดีและรับการรักษาต่อเนื่อง เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพทีม เป็นแนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อื่นๆ อีกด้วย

สรุป

กรณีศึกษานี้ ทำให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีขั้นตอนและครอบคลุมของพยาบาล การรักษาความลับของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านจะลดการขาดการรักษ การเยี่ยมบ้านอาจช่วยค้นพบปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเมื่อได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลดีต่อการรักษา จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงตามมาได้ และปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ติดเชื้อฉวยโอกาส

Abstract

Background

Individuals infected with HIV/AIDS are patients who suffer both physically and mentally due to the chronic nature of the disease that cannot be cured. Continuous care and treatment are essential, and accurate nursing diagnosis can help patients cope with illness and adapt appropriately to society. Home and community nursing involves healthcare professionals closely interacting with patients and their families, facilitating successful home-based treatment, preventing medication resistance, promoting self-reliance, and ensuring a sustained quality of life.

Objectives

To study the nursing process for HIV/AIDS patients with opportunistic infections.

Methods

Patients with voluntary comorbid pulmonary tuberculosis were selected for nursing care using the Gordon Health Pattern model. The study involved collecting patient and family information, diagnosing and planning nursing care according to the identified problems, evaluating the results of care through home visits, and addressing any problems encountered.

Results

Patients were found to have low immune levels and opportunistic infections, primarily tuberculosis. They experienced physical and mental distress, feared the disclosure of their condition, and faced societal stigma. The role of nurses included promoting self-care abilities, providing knowledge, advice, counseling, and encouragement for good health and continued treatment. Nurses acted as coordinators between healthcare team members.

Conclusion

This case study illustrates a comprehensive and systematic nursing care process. Maintaining patient confidentiality, conducting home visits, and addressing related health problems contribute to reduced treatment gaps. Home visits can help identify other disease-related or health behavior-related issues. Addressing these issues positively impacts ongoing treatment, reduces, or prevents severe complications, and facilitates appropriate societal adaptation.

Keywords : Nursing Care, HIV/AIDS patients, Opportunistic Infections

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นอาการระยะสุดท้ายการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นปัญหาสำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูง มีการแพร่กระจายในประชากรกลุ่มต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีแต่ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีโดยใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยมีความวิตกเครียดเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของโรค สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง จากการศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส⁸ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ดูแลสุขภาพไม่สม่ำเสมอ ดูแลตนเองระดับปานกลาง และดูแลตนเองในระดับปฏิบัติต่างๆ ครั้ง จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส⁸ และจากการศึกษาาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านอื่นๆ มีความเครียดตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อเอชไอวีไปตลอดชีวิต ในรายที่วิตกกังวลมาก มักกลัวว่าจะแพร่เชื้อสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้ เนื่องจากไม่มีงานทำจึงมักมีอาการท้อแท้ซึมเศร้าหมดหวังในชีวิต ทั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลจะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของอาการ ผลการวินิจฉัยโรค การรักษาและผลการรักษา³ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า¹¹ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ทราบป กังวลที่จะเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเองสูงกว่าด้านอื่น ๆ เนื่องจากเชื้อเอชไอวีทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด Cluster of differentiation 4 (CD4) ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส และพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต⁴

การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านหรือที่เรียกว่า การเยี่ยมบ้าน (Home visit / Home health care)

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งการดูแลนั้นครอบคลุมทั้งการรักษา การฟื้นฟู การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพตามสภาพแวดล้อมที่บ้าน เป็นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อพัฒนาสุขภาพ คุณภาพชีวิต ศักยภาพของผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลตนเอง^{2,5,9} วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย^{1,6,9} การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี มีส่วนทำให้การแพร่ระบาดของวัณโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าบุคคลทั่วไป⁵ วัณโรคสามารถแพร่ผ่านระบบทางเดินหายใจได้เช่นเดียวกับไข้หวัด การรักษาวัณโรคใช้เวลาต่อเนื่องหลายเดือน บางรายเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านเชื้อแบคทีเรีย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้อแท้เบื่อหน่าย และในที่สุดผู้ป่วยหลายรายขาดการรักษาทั้งความไม่สม่ำเสมอและขาดการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดวัณโรคดื้อยาขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งต่อชุมชน

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ปี 2566-2564 ประเทศไทยพบมีการติดเชื้อ มีจำนวน 548,375, 574,606, 593,039 รายตามลำดับ สถิติผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี 2566-2564 รายใหม่ จำนวน 1,127, 55 และ 111 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องเมื่อได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงกว่าคนปกติ ร้อยละ 6.0-10.0 และมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 5.0 - 10.0 ต่อปี และมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 26-31 เท่า^{3,13} จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาช้า มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วย มีทีมสหวิชาชีพให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษาสุขภาพนัดหมายการรักษาประสานงาน ส่งต่อการรักษา เกสซ์กรผ่านการอบรมเรื่องยาต้านไวรัส นักเทคนิคการแพทย์ให้บริการตรวจเลือด และมีอาสาสมัครกลุ่มศูนย์รวมใจให้คำแนะนำและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อน โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการรักษา มีสถานที่เป็นสัดส่วน 2) เพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิและรักษาความลับ และ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (Management of HIV-Infected adult)¹

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Prevention of opportunistic infections) 2) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ ลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (น้อยกว่า 50 copies/ml) และนานที่สุด รวมถึงให้ระดับ CD4 กลับสู่ ระดับปกติมากที่สุด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยการกินยา (adherence) ที่มีดีมากที่สุด คือ กินยาอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 95 ตั้งแต่เริ่มต้นให้ยา และมีความต่อเนื่องของการกินยานี้ตลอดไป มิฉะนั้นอาจส่งผลให้เกิดดื้อต่อการรักษาล้มเหลว และการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาในระดับชุมชนและประเทศต่อไป

ยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้จำนวนเชื้อไวรัสในร่างกายลดน้อยลง จำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการกินยาต้านไวรัสตรงเวลาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกในประเทศไทย คือให้ใช้ยาแบบรวมเม็ดซึ่งประกอบด้วยยาสำคัญ 3 ชนิด คือ Tenofovir disoproxil fumarate, Lamivudine และ Dolutegravir หรือเรียกสั้นๆ ว่า TLD เป็นยาสูตรแรกในการรักษา เนื่องจากควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อย โดยผู้ป่วยจะรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวันสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยใช้ยาสูตรนี้ไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อได้ Tenofovir และ lamivudine ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์รหัสพันธุกรรมของไวรัส ส่วน Dolutegravir ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการรวมรหัสพันธุกรรมของไวรัสเข้ากับรหัสพันธุกรรมของเซลล์เม็ดเลือดขาวในมนุษย์ เมื่อใช้ยาทั้ง 3 ชนิดร่วมกันจึงยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส ลดโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สูตรยารักษาวัณโรคประกอบด้วย isoniazid(I), rifampicin(R), pyrazinamide(Z), ethambutal (E) การใช้ยาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกหรือ

ระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก) และระยะที่สองหรือระยะต่อเนื่อง (4 - 6 เดือนหลัง)

กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ประกอบด้วย 5 กลยุทธ์⁸ ได้แก่

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวี วิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้อง ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
 2. การสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นแหล่งเสริมสร้างกำลังใจสำหรับผู้ป่วย กำลังใจจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน จะช่วยกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเอง
 3. การให้คำปรึกษารายบุคคล และแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ เภสัชกร แพทย์ พยาบาลนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยมีส่วนสำคัญมาก เริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าสู่กระบวนการ รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ขณะทำการรักษาและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขณะรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
 4. การเสริมแรงทางบวก จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการค้นหาสภาพปัญหา ตระหนักและเข้าใจ ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง
 5. การติดตามผู้ป่วยได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษา กรณีเกิดผลข้างเคียงขณะรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่ออยู่ที่บ้าน
- กรณีศึกษา
- ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี มีประวัติกำลังรักษาวัณโรคปอดรับยาต่อเนื่องกินยาสม่ำเสมอไม่ขาดยา มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยมาก ไอมีเสมหะสีขาวเหลือง มีไข้ 4 ชั่วโมงก่อนมา แพทย์วินิจฉัย Pulmonary tuberculosis (B-) sputum game-X pert+ oral candidiasis Transaminitis urticarial rash ระดับ CD4= 186 cell/mm3 ขณะเข้ามานอนรับการรักษาพบปัญหา มีผลข้างเคียงของยาวัณโรค ค่า SGOT=195 SGPT=236 มีภาวะผื่นขึ้น (urticarial Rash) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยา isoniazid ยาที่ใช้ในสูตร 4 ชนิด คือ

คือ Isoniazid(I) Rifampicin(R) Pyrazinamide(Z) Ethambutol (E) แพทย์ปรับisoniazid ออก แล้วใช้ยาสูตร 3 ชนิด คือ Rifampicin (R) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E) ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาล และปรับยากลับมาเป็นยาสูตร 4 ชนิด ได้แก่ Isoniazid (H) Rifampicin (R) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รักษาตัวที่โรงพยาบาล เป็นเวลา 64 วัน ติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกอีก 2 สัปดาห์ แพทย์ได้ปรับยาให้ 6 เดือน เป็น 2RZEL+4RZE คือ 2 เดือนแรก Rifampicin(R) Pyrazinamide(Z) Ethambutol(E) levofloxacin (L) และอีก 4 เดือนหลังเป็น Rifampicin (R) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E) มีการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่ยังมีพบปัญหากังวลใจกลัวเพื่อนและคนในครอบครัวทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี กังวลใจกลัวจะมีผลข้างเคียงของยาวัณโรค เกิดซ้ำ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำกับผู้ป่วยแพทย์ได้เริ่ม

ให้ยาต้านไวรัส 4 เดือน ปัจจุบันยังมารับยาต่อเนื่องไม่ขาดนัด ไม่ขาดยา

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการ พยาบาล อย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบแผน การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2) แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม 3) แบบแผนการขับถ่าย 4) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) แบบแผนการนอนหลับและพักผ่อน6) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 9) แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ 10) แบบแผนความเครียดและการเผชิญความเครียด 11) แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ¹²

ข้อมูลผู้ป่วย	รายละเอียด
ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 48 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ เคยมีภรรยา แต่เสียชีวิตแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านคนเดียว อาชีพรับจ้าง หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้บรรเทา ปัจจุบันยังไม่มีใครทราบผลเลือด
ช่วงเวลาที่ศึกษา	6 พค.2566 - ธค.2566
โรคประจำตัว	1. Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease Oral candidiasis 2. Pulmonary tuberculosis(B-) INH induce rash sputum game+ Xpert+
ผลการจำหน่าย	อยู่ในระหว่างการรักษา
ข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญ	4 ชม ก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยมาก ไอมีเสมหะสีขาวเหลือง มีไข้
เจ็บป่วยปัจจุบัน	1สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีเสมหะ สังเกตน้ำหนักลด มารับ การรักษา ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ Dx Disseminated TB
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	Unspecified human immunodeficiency virus (HIV) disease Disseminated TB กินยาครบ ไม่ขาดยา
ประวัติการใช้ยา สารเสพติด การแพ้ยา และอาหาร	ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
การผ่าตัด	ปฏิเสธ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- Sputum AFB1+ve, Anti-HIV positive - CXR: infiltration both lung - CD4 count=186 cel/mm3 (15.0%) - CBC: WBC 8.78 cel/mm3, Neutrophil 76.3%, Lymphocyte 15.5%, monocyte 9%, Eosinophil 3%, Hct 26.3% Hb 8.4 g/dl, SGOT=195 SGPT=236
การรักษาปัจจุบัน	- Isoniazid (I) 100 mg รับประทานครั้งละ 3 เม็ดก่อนนอน - Rifampicin (R) 450 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน - Pyrazinamide (Z) 500 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน - Ethambutal (E) 400 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน - Bactrim รับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า - Folic acid รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - Vitamin c รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน - TLD รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยน ก๊าซลดลงจากการติดเชื้อไวรัส

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

1. เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
2. เพื่อลดการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน :

1. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที และผู้ป่วยไม่เกิดอาการพร่องออกซิเจน
2. อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ และระดับความเข้มข้นในเลือดส่วนปลาย (oxygen saturation on room air) สังเกตอาการตัวเขียวจากการขาดออกซิเจน (cyanosis)
2. ประเมินอาการไอ อาการหายใจหอบเหนื่อย
3. แนะนำให้นอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ
4. แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเองควบคุมและลดการแพร่กระจายเชื้อ โดยสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ
5. สอน/สาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ส่งเสริมให้ถูกลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้นและแนะนำให้หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม
6. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาอาการเหนื่อยดังกล่าวจะดีขึ้น การเหนื่อยจะลดลง
7. ประเมินการรับประทานยาไวรัสให้ครบตามแผนการรักษาและตรวจสอบยาเหลือทุกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

ประเมินผู้ป่วย สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 15-20 ครั้ง/นาที หายใจสะดวกดี วัดค่าออกซิเจน (oxygen saturation on room air) ได้ร้อยละ 98-100 ส่วนวิธีไอสามารถขับเสมหะออกได้เอง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 : มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไวรัส เนื่องจากพบเชื้อไวรัสในเสมหะ และอยู่ระหว่างการรักษาไวรัสระยะเข้มข้น

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปสู่ผู้อื่น

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ ถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
2. ไม่มีญาติหรือบุคลากรผู้ดูแลติดเชื้อเพิ่มเติม

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น ได้แก่ ปิดปาก เวลาไอจาม สวมหน้ากากอนามัย บ้วนเสมหะในภาชนะที่เตรียมไว้ให้
2. อธิบายญาติ/ผู้ดูแลให้เข้าใจการติดต่อของไวรัส แนะนำสวมหน้ากากอนามัยในการให้การดูแลผู้ป่วย และสวมถุงมือเมื่อสัมผัสสารคัดหลั่ง และพบแพทย์เพื่อรับการคัดกรองไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้าน
3. ดูแลให้พักในห้องแยกโรคทางเดินหายใจ ดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะผู้ข้างเตียงให้สะอาด และเป็นระเบียบ

4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักการแพร่กระจายเชื้อ (Air born and contact precaution) โดยล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งทั้งก่อนและหลัง สัมผัสกับผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอด ผู้ป่วยปฏิบัติตามทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 : เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร มีแผลในปากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อส่งเสริมให้ได้น้ำและสารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ความเบื่ออาหารลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น สามารถรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษาไม่มีอาการแสดงของการขาดสารอาหาร
2. มีน้ำหนักตัวเพิ่ม ครึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์
3. ไม่พบภาวะขาดน้ำ (Dehydration)

กิจกรรมการพยาบาล⁵

1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ได้แก่ สังเกตความชุ่มชื้นของผิวหนัง ดูความแข็งแรงของเยื่อภายในช่องปาก ความสามารถในการกลืนอาหาร ประวัติอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
2. สอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานอาหาร ชนิดของอาหารที่ชอบหรือไม่ชอบรับประทาน
3. ดูแลสุขวิทยาของช่องปากและฟัน ด้วยการ แปรงฟัน บ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร
4. ดูแลให้ได้รับอาหารให้เพียงพอ แนะนำให้รับประทาน อาหารครั้งละน้อยและเพิ่มจำนวนมื้อ อาหารที่มีประโยชน์ให้คุณค่าทางโภชนาการสูงประเภท แป้งและน้ำตาล โปรตีน และไขมัน
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน และผลไม้ ระหว่างมื้ออาหาร
6. บันทึกจำนวนอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ
7. ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้งโดยใช้เครื่องชั่งเครื่องเดิม เวลาชั่งเวลาเดียวกัน คนชั่งคนเดียว
8. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง เพื่อลดการใช้พลังงาน
9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hemoglobin, Hematocrit

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีแผลที่ปาก เจ็บในช่องปาก คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักขึ้นจาก 44 Kg เป็น 48 Kg ภายใน 1 สัปดาห์ ผลHb 8.4 g/dl, Hct 26.3% ขึ้นเป็นผล Hb 10.8 g/dl, Hct 35% ไม่พบภาวะ ขาดน้ำ (Dehydration)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 : ความรู้สึกคุณค่า ในตนเอง ลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วยและการปรับบทบาทจากผู้เป็น ผู้พึ่งพา และขาดรายได้

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. คะแนนประเมินซีมีเศร้า 9Q<7 ไม่มีอาการของโรค ซีมีเศร้าหรือซีมีเศร้ายกระดับน้อยมาก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยพูดถึงตนเองในทางบวกรู้สึกตนเองมีคุณค่า
2. ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

3. สีหน้าแจ่มใส
4. คะแนนความเครียดน้อยกว่า 12 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเครียด ซีมีเศร้า และ ความคิดทำร้ายตนเอง
2. ให้คำปรึกษาและสร้างสัมพันธภาพเพื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เพื่อการบำบัด รับฟังปัญหาอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูด และระบายความรู้สึก โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความรู้สึกดี คิดและพูดในทางบวก ไม่คิดโทษตัวเอง โดยใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล
3. อธิบายถึงพยาธิสภาพและแผนการรักษาการ ดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การบำบัดรักษาและการดูแลตนเอง
4. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พูดคุย ยิ้มแย้มมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวเพื่อนข้างเตียงหรือเจ้าหน้าที่มากขึ้นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดูแลตนเอง
5. ช่วยผู้ป่วยค้นหาบุคคลหรือแหล่งที่พึ่งพาในการช่วยเหลือดูแลเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและสังคม
6. แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ที่ช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ
7. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยให้หาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การดูทีวี ฟังเพลง การสวดมนต์ การปลูกต้นไม้ เพื่อผ่อนคลายความเครียด
8. อธิบายให้ครอบครัว/ญาติยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดง ให้เห็นถึงคุณค่า เก็บสารเคมี เครื่องมือหรือวัตถุอันตราย สังเกตสัญญาณเตือน เช่น คำพูดที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
9. ร่วมวางแผนการดูแลกับแพทย์ ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทางสุขภาพจิต

ประเมินผลการพยาบาล

ประเมิน 2Q positive, 9Q=11 (มีภาวะซีมีเศร้ายกระดับน้อย 8Q=0 (ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย) มีความเครียด ระดับน้อย มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายได้ประสานกับสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกคับข้องใจ บอก รู้สึกสบายใจมากขึ้นที่ได้พูด พยาบาลให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเห็นถึงคุณค่าของตนเอง ผู้ป่วยรับฟังพร้อมพูดว่าตนเองพร้อม

ที่จะสู้ต่อไป และจะพยายามทำตนเองให้แข็งแรงขึ้นเพราะมี
ภาวะหลายอย่างต้องดูแล ปฏิเสธการเข้าพบจิตแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 : เกิดอาการข้างเคียงจาก
การใช้ยารักษาวัณโรค

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความ
ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยารักษาวัณโรค และทราบ
วิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ให้ความร่วมมือในการรักษา
2. รับประทานยาครบจำนวน ขนาด และเวลา
3. ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติตัว

เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด
2. บอกเหตุผล และผลของการรับประทานยาไม่ตรงเวลา
หรือไม่ต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก อาจก่อให้เกิดการดื้อยาส่งผล
ต่อประสิทธิภาพของการรักษา คือ การหายจากโรคเป็นไปได้
ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น ประเมินสุขภาพ
และประเมินการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. อธิบายอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น
ตับอักเสบ อาการ ชาปลายประสาท ผื่น สิว ผิวหนังลอก
โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวด
ยอดอก ปวดท้อง ท้องเสีย และติดตามผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ เช่น เอนไซม์ตับ ประเมินอาการแพ้ยาทุกครั้ง
4. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์
จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันที
5. สอบถามถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา
6. ดูแลให้พบเภสัชกรเพื่อแนะนำเรื่องอาการแพ้ยาที่เป็น
อันตราย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา มีผื่นขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์ให้
หยุดยา isoniazid (I) ไว้ก่อนและให้ CPM 10 mg iv (ทาง
หลอดเลือดดำ) และให้ยา Atarax 10 mg ครั้งละ 1 เม็ด 3
เวลาหลังอาหาร และ Motilium ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา
หลังอาหาร ทายาแก้มั้ 0.1% triamcinolone cream และ
รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ผลทางห้องปฏิบัติการ 15 พ.ค.
2566 SGOT=195 SGPT=236 22 พ.ค.2566 SGOT=29

SGPT=52 แพทย์ให้หยุดยา isoniazid (I) แล้วใช้ยา 3 ชนิด
คือ Rifampicin(R) Pyrazinamide (Z) Ethambutol (E)
อาการดีขึ้น ตุ่มผื่นยุบลง บางตุ่มแห้งดี ไม่มีแผลเปิด อาการ
คลื่นไส้ อาเจียนลดลง ไม่มีไข้ ผิวหนังซุ่มขึ้น สะอาดดี

อภิปรายผล

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติด
เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส
โดยประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมิน
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแล
แบบองค์รวมครอบคลุมมิติกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของ
ผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนจากการติด
เชื้อวัณโรค การตระหนักต่อการดูแลภาวะเจ็บป่วยของตนเอง
มีความรู้และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การรับประทานยา
ต้านไวรัสเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้
ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพแข็งแรง ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น
มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ
มากขึ้น
2. ด้านจิตใจและอารมณ์ มีภาวะเครียดและรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเองลดลง ปัญหายังคงอยู่ แต่มีระดับความ รุนแรงลดลง
วางแผนติดตามเยี่ยมที่บ้านเน้นการรักษาความลับของผู้ป่วย
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง สร้างความไว้วางใจและความ
เชื่อถือให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและช่วยลดการวิตกกังวล
3. ด้านสังคม การปรับบทบาท และความสัมพันธ์ภายใน
ครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการ
ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชน ตระหนักถึง
คุณค่าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและทีมสหสาขาวิชาชีพ
ร่วมประสานงานกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง ในการหาแหล่งทุน
ช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ เช่น เทศบาลนครสวรรค์ พัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์
4. ด้านจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญในการประเมินสภาพ
ผู้ป่วยเอดส์ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา
ให้ความรักแก่ผู้ป่วยส่งเสริมให้มีความหวังตามความเป็นจริง
ช่วยให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย

สรุป

เอชไอวี/เอดส์เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายมีความแตกต่าง
จากโรคเรื้อรังอื่น สังคมไม่ยอมรับและ/หรือมีความรังเกียจ

จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการรักษาช้า ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสโดยเฉพาะวัณโรคปอด ขณะรักษาผู้ป่วยมีการแพ้ยาวัณโรค แพทย์พยายามปรับสูตรยา และได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินปัญหาสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้บริการคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อวางแผนแนวทางในการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง การค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา และการแก้ไขปัญหาที่พบรวมทั้งการแนะนำให้ครอบครัวผู้ป่วยไปรับการคัดกรองวัณโรค

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อต่อบุคคลในครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่คอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อเอาไปใช้ประโยชน์ต่อเนื่อง

1. การเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่องและ

ป้องกันการเกิดซ้ำ พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะสามารถอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุข

2. มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการเตรียมตัวดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการพักรักษาตัวที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่คนในครอบครัว

3. ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการขาดการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงตามมา

4. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาสโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่ให้ข้อมูลและร่วมมือในการดูแลสุขภาพให้เข้าใจถึงกระบวนการพยาบาลที่นำแบบแผนสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพ ส่งผลให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมเป็นองค์รวมได้ และขอขอบคุณพยาบาลหอผู้ป่วยในที่เอื้อต่อการดูแลกรณีศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2548). *Management of tuberculosis modified WHO modules of managing tuberculosis at district lever* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- จรรยา เสียงเสนาะ. (2549). *การพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, และ ปุณณพัฒน์ ไชยมะล. (2555). *ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง*. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 15(3) ฉบับพิเศษ, 217-226.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี 2553*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ไพเราะ ฝ่องโชค. (2547). *การพยาบาลอนามัยชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (น.193-316). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

ภาสกร อัครเสวี. (2544). แนวทางระดับชาติ : ยุทธศาสตร์การผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและเอดส์ เพื่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

มัตติกา ใจจันทร์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ . (2558). ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคลอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และการรับรู้ตราบาบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี . วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26(2), 78-92.

สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, อรสา พันธุ์ภักดี, และคณะ. (2558). การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองแลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส .วารสารรามธิบดี พยาบาลสาร, 21(1), 38-51.

ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล, สารา วงษ์เจริญ, และศิริมา ลีละวงศ์. (2544). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Boonet MM, Pinoges LL, Varaine FF, Oberhauser BB, Brien DD, Kebede YY, et al. (2006). *Tuberculosis after HAART initiation in HIV-positive patients from five countries with a high tuberculosis burden*. AIDS, 20 (9), 1275–1279.

Boyes ME, Cluver LD. (2013). *Relationships among HIV/AIDS orphanhood, stigma, and symptoms of anxiety and depression in South African Youth: A longitudinal investigation using a path analysis framework*. Clinical Psychological Science, 1(3), 323-330

Gordon M. (1994). *Nursing Diagnosis: Process and Application (3rd ed)*. New York: Mc Graw Hill.

Sinoussi FB, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. (1983). *Isolation of T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*. Science, 220 (4599), 868–871.

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : บทเรียนเขตสุขภาพที่ 2

Community Resilience Quotient In The Pandemic of COVID-19 at Area Health Bord 2.

หยกฟ้า เฟื่องเลีย, สุขเสริม กิพย์ปัญญา
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก

Received : 18 January 2024, Received in revised form : 5 February 2024, Accepted : 6 February 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปรากฏการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลประชาชน ในอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 51 คน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม 36 คน สัมภาษณ์เชิงลึก 15 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2563 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเด็นสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภูมิคุ้มกันทางใจคือ ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและความสามารถในการปรับตัว ปรับใจเพื่อเผชิญภาวะวิกฤติ การเกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนมี 3 ระดับ โดยมีปัจจัยกลไกและมาตรการที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจ ดังนี้ 1.ระดับบุคคล พบว่า ปัจจัยเสริมคือการปรับตัว การแสวงหาวิธีดูแลตัวเองตามความเชื่อส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวตามมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโดยการดูแลสุขภาพกายและจิตใจตนเอง ส่งผลให้บุคคลลดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกปลอดภัยและสงบ 2.ระดับครอบครัว พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพและสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเชิงบวก ไม่กล่าวโทษกัน การแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใยซึ่งกันและกันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของครอบครัวตามมาตรการของรัฐ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัยและไม่ทอดทิ้งกัน 3.ระดับชุมชน พบว่า ปัจจัยหลัก ได้แก่ ผู้นำที่เข้มแข็งทั้งผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำตามธรรมชาติมีบทบาทในการขับเคลื่อนภูมิคุ้มกันทางใจ โดยการสื่อสารและสร้างการมีส่วนร่วมในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ปัจจัยเสริมมีระบบและกลไกร่วมกันขับเคลื่อนงานผ่านระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ส่งผลให้ชุมชนเกิดความรู้สึกลดภัยมีความสงบ มีความหวังเกิดการยอมรับและให้ออกาสกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวในชุมชน ทั้งนี้ การเกิดภูมิคุ้มกันทางใจทุกระดับล้วนมีปัจจัยกระตุ้นคือการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของสถานการณ์โรคโควิด-19

คำสำคัญ : ภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน บทเรียนเขตสุขภาพที่ 2 สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This qualitative research aims to study factors influencing community resilience quotient during pandemic of COVID -19 at Area Health Bord 2, Thailand. In detail, 51 persons who have high risk of COVID-19 were selectively sampled as population group, including citizens, health workers, leaders of community, health volunteers, and the spiritual leaders. The samples were then divided into two groups for study during July, 2020. First group of 36 samples applies purposive sampling technique while another group of 15 samples uses in-depth interview. Research tools include general data collection, focus group, semi-structured interview, qualitative and content data analysis.

Study results indicated that meaning of resilience quotient is a mental strength and ability of adaptation to crisis. The community resilience quotient have three levels with three influencing factors: 1) Personal level to reduce stress and anxiety, feeling safe and clam by adaptation themselves to crisis, seeking for self-care and following healthy and mind measures under the COVID-19 prevention law 2) Family level to achieve trust, loving, feeling safe, clam and accept each other by applying reinforcement factors such as good relationship and bounding of family, positive communication, caring, family behavior changes to follow the COVID-19 prevention law 3) Community level to promote feeling safe, clam, hope and acceptable high risk family or community by such as formal and informal strong leaders as major factor who can have important roles in communication and participation promotion at personal, family and community levels. Reinforcing factors include system and dynamic implementation of prevention processes under the provincial policies and promote to district, village or community. Additionally, all levels of community immunity are from the result of severity perception and impacts of COVID -19 pandemic.

บทนำ

การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ระบาดทั่วโลกในขณะนี้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยประสบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ภาครัฐจึงได้กำหนดมาตรการควบคุมโรคและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สถานการณ์การระบาดดีขึ้นตามลำดับและอยู่ในระดับการควบคุมได้ด้วยการเฝ้าระวังตามมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของกระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ, 2563) อย่างไรก็ตามการระบาดของโรคที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน นอกจากผลกระทบต่อเศรษฐกิจแล้ว ยังส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หดเหี่ยว และอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งถือเป็นสัญญาณเตือนการเข้าสู่ผลกระทบในคลื่นลูกที่ 4 : ผลกระทบทางเศรษฐกิจและผลกระทบด้านปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเตรียมพร้อมรับมืออย่างเร่งด่วน

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 18 คน ประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก 6 คน สุโขทัย 3 คน ตาก 3 คน อุตรดิตถ์ 3 คน เพชรบูรณ์ 3 คน และช่วงอายุ 0-9 ปี จำนวน 1 คน อายุ 20-29 ปี จำนวน 3 คน อายุ 30-39 ปี จำนวน 5 คน อายุ 40-49 ปี จำนวน 6 คน อายุ 50-59 ปี

จำนวน 2 คน อายุ 60-69 ปี จำนวน 1 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม - 30 สิงหาคม 2563) และผู้ที่ได้รับประเมินการคัดกรองสุขภาพจิตเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 56,466 คน เพศชาย 33,869 คน หญิง 22,597 คน มีภาวะเครียด 1,306 คน เสี่ยงซึมเศร้า 2,697 คน มีภาวะซึมเศร้า 58 คน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 18 คน มีเสี่ยงภาวะหมดไฟ 936 คน ความเสี่ยงวิตกกังวลต่อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ระดับสูง จำนวน 785 คน (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2, 2563)

จากสถานการณ์ดังกล่าวถือเป็นภารกิจอันสำคัญของกรมสุขภาพจิตในการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของประชาชน ภูมิคุ้มกันทางใจสำหรับครอบครัวและชุมชน ให้ปลอดภัยจากผลกระทบด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จึงได้จัดทำ "แผนฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ปี 2563-2564 (Combat 4th Wave of COVID-19 Plan : C4)" (กรมสุขภาพจิต, 2563) และแนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ในสถานการณ์การระบาดของโรค เพื่อให้หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตสามารถจัดทำแผนงาน/โครงการภายใต้แผนฟื้นฟูจิตใจที่มีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสนับสนุน และบูรณาการการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในระดับเขตสุขภาพได้ โดยมีศูนย์สุขภาพจิตที่ 2

ได้รับการสานต่อสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ตามกลไกการบริหารที่กำหนดไว้ ผ่านความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานของหน่วยงาน ทุกระดับ ทุกภาคส่วนในเขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้มแข็งทางจิตใจ เต็มเปี่ยมด้วยพลังสามารถปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ได้อย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามเมื่อดำเนินงานไประยะหนึ่งพบว่า ยังขาดข้อมูลองค์ความรู้ที่จะช่วยอธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)ที่สามารถสะท้อนบทเรียนการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพ ศูนย์สุขภาพได้รับการสานต่อสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ตามกลไกการบริหารที่กำหนดไว้ ผ่านความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานของหน่วยงาน ทุกระดับ ทุกภาคส่วนในเขตสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้มแข็งทางจิตใจ เต็มเปี่ยมด้วยพลังสามารถปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ได้อย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามเมื่อดำเนินงานไประยะหนึ่งพบว่า ยังขาดข้อมูลองค์ความรู้ที่จะช่วยอธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)ที่สามารถสะท้อนบทเรียนการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 จึงได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): บทเรียนเขตสุขภาพที่ 2 นี้ขึ้น เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพจิตประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อไป ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 จึงได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : บทเรียนเขตสุขภาพที่ 2 นี้ขึ้น เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพจิตประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่ออธิบายปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เขตสุขภาพที่ 2

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในบริบทเขตสุขภาพที่ 2

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 2.1 ประชากร (หรือเรียกว่า “กลุ่มเป้าหมาย” ในการศึกษาเชิงคุณภาพ) มีดังนี้

2.1.1 กลุ่มเป้าหมายพื้นที่ ได้แก่

- ชุมชนที่มีประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และญาติ ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) ผู้อ่อนด้อยเปราะบางทางสังคม (ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต คนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง นักโทษ เป็นต้น)

- ชุมชนที่มีการดำเนินงานสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน หลักสูตรกรมสุขภาพจิต (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2563) ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวนจังหวัดละ 1 อำเภอต่อ 1 เขตสุขภาพ ได้แก่ ตำบลชมพู (15 หมู่บ้าน) อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

- 2.1.2 กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลประชาชนในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

- 2.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง มีรายละเอียดดังนี้

วิธีการ เก็บรวบรวม ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	รายละเอียด	จำนวน (คน)
สนทนากลุ่ม (Focus group Discussion จำนวน 36 คน)	ประชาชน	- ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) - ญาติผู้ติดเชื้อ/ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) - ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ covid-19	1 5 2
	ผู้นำชุมชนระดับต่าง ๆ	- ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน - ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน - เจ้าหน้าที่บรรเทาสาธารณภัย - พระสงฆ์ - นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล - ปลัดอำเภอ	1 2 2 2 1 1
	บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่	- ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในพื้นที่ ใน รพ.สต./สสอ. - อาสาสมัครสาธารณสุข	2 11
	บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการดูแล ประชาชนในชุมชนให้ปลอดภัย สงบ มีความหวัง เข้าใจให้ออกากัน - อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร)	4 2
สัมภาษณ์ (In-depth interview จำนวน 15 คน)	ผู้ที่เกี่ยวข้องในการ บริหารจัดการ ดูแลประชาชนในสถานการณ์ covid-19	- บุคลากรสาธารณสุข - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน - ผู้ดูแลเพจเนินมะปราง	2 4 1
	ผู้ที่ได้รับผลกระทบในชุมชน	- ประชาชนทั่วไป - กลุ่มเยาวชน - ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง	3 2 3

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 11 ข้อ

3.2 แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion guide) ประกอบด้วย แบบสนทนากลุ่มย่อยสำหรับครอบครัวกลุ่มเสี่ยง จำนวน 11 ข้อ แบบสนทนากลุ่มย่อยสำหรับแกนนำชุมชน จำนวน 13 ข้อ

3.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สำหรับประชาชนทั่วไป จำนวน 8 ข้อ แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ แบบสัมภาษณ์เครือข่ายแกนนำภาครัฐ จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัยได้ตรวจสอบโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์และอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสถาบันพระบรมราชชนก ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Concurrence: IOC) ของการศึกษานี้ เท่ากับ 1.00

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษา ค้นคว้าข้อมูลการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.โควิด-19) กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท) และ การค้นหาชุมชนที่มีการดำเนินการใช้วัคซีนใจในชุมชนแล้ว ส่งผลให้ชุมชนเกิดเครือข่ายในการดูแลจิตใจที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพขึ้น

4.2 ผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ ตำบลชมพู (15 หมู่บ้าน) อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ในการเข้าโครงการวิจัย เขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีการดำเนินงานสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน หลักสูตรกรมสุขภาพจิต (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ,2563)

4.3 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมสุขภาพจิต

4.4 เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมสุขภาพจิต

4.4.1 พัฒนาศักยภาพทีมผู้ช่วยวิจัย โดยทีมผู้วิจัยระดับเขตที่ได้ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพจากกรมสุขภาพจิต

4.4.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะในการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลและประชุมวางแผนในการเก็บข้อมูลวิจัย

4.4.3 ประสานหน่วยงานเครือข่ายองค์กรเป้าหมายในพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาและสถานที่ที่กำหนดในช่วงระหว่างเดือน กรกฎาคม 2563 ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชมพู โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านรักไทย องค์การบริหารส่วนตำบลชมพู วัดเนินมะปราง ผู้ดูแลเพจเนินมะปราง

4.4.4 เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ด้านข้อมูล (Data Triangulation) มีการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในช่วงวันเวลาที่แตกต่างกัน และในด้านสถานที่ผู้วิจัยลงพื้นที่หมู่บ้านเยี่ยมบ้านประชาชน หน่วยงานราชการ องค์กรวัดเพื่อใช้เป็นสถานที่รวบรวมข้อมูล ด้านผู้ให้ข้อมูลในประเด็นคำถามเดียวกันได้มีการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลทั้งประชาชนทั่วไป บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ ด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) ได้ใช้ผู้ช่วยวิจัยในการร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม กำหนดทีมในการลงพื้นที่โดยให้มี ผู้สังเกตการณ์ ผู้จัดรวบรวมข้อมูลและผู้นำในการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องได้แก่ แผนปฏิบัติงาน การสร้างวัคซีนใจในชุมชน การประชาสัมพันธ์ในชุมชน การเยี่ยมบ้านครอบครัวกลุ่มเสี่ยง มาตรการป้องกันเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรค คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกัน

โรคในระดับอำเภอ และสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประชาชน บุคลากรสาธารณสุข ปลัดอำเภอนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 มุมมองความหมายและการเกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เขตสุขภาพที่ 2

1. มุมมองการให้ความหมายของ “สุขภาพจิตดี” คือ ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชน การมีสุขภาพจิตที่ดีในสถานการณ์วิกฤติเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ทุกคนต้องเรียนรู้ และปฏิบัติให้ได้จะช่วยให้ชีวิตมีความสมดุลและมีความสุข ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ประชาชนกล่าวไว้ว่า “*การได้ทานข้าวร่วมกันในครอบครัว การใช้ชีวิตตามปกติ การไปมาหาสู่กันในชุมชน*” (ตัวแทนประชาชน ณ วันที่ 8 กรกฎาคม 2563)

2. มุมมองความหมายของ “ภูมิคุ้มกันทางใจ” ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ การมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและความสามารถในการปรับตัว ปรับใจ เพื่อเผชิญภาวะวิกฤติทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้อย่างเหมาะสม ดังนี้-“*ปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันในการไปซื้อข้าว แต่ก่อนไม่มีโควิดไปซื้อข้าวทุกวัน เมื่อมีโควิดระบาดก็ไปซื้อ 2-3 วันครั้ง การประชุม อสม. ก็น้อยลง มีการส่งข้อมูลกันผ่านไลน์ เฟส ความสัมพันธ์ การปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นน้อยลง ไม่ได้เข้าใกล้กัน ไม่พูดกัน*” (ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2563)

3. มุมมองการเกิดภูมิคุ้มกันทางใจ คือการสร้าง “**วัคซีนใจ**”ให้เกิดขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดจากพลังความร่วมมือ ความรัก ความสามัคคี และการดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งกัน ในบุคคล ครอบครัวและในชุมชน ประกอบด้วย **ว.1. วัคซีนใจในตนเอง** คือ สิ่งที่ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถปรับความคิดให้ยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะปรับตัวในด้านความคิด การพูด และการกระทำ พร้อมทั้งจะเผชิญในทุกสถานการณ์ที่เข้ามาในชีวิต **ว.2 วัคซีนใจในครอบครัว** คือ สิ่งที่ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจกัน สามารถปรับตัวเข้าหากัน

แสดงออกถึงความรักและความห่วงใยกันและกันได้ พร้อมทั้งจะร่วมเผชิญสถานการณ์วิกฤติด้วยกัน **ว.3 วัคซีนใจในชุมชน** คือ การมีพลังความร่วมมือร่วมใจของชุมชน พร้อมทั้งจะฟันฝ่าเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤติที่เกิดขึ้นในชุมชนไปด้วยกัน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน

1. ภูมิคุ้มกันทางใจระดับบุคคล มีปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ **ปัจจัยเสริม** ประกอบด้วย 1) การรับผิดชอบต่อนตนเอง คือ การปรับตัวต่อสถานการณ์ เปลี่ยนอาชีพ เพิ่มและหาช่องทางในการสร้างรายได้ ทำกิจกรรมที่ชอบ ค้นเคย แสวงหาวิธีดูแลตัวเองตามความเชื่อส่วนบุคคล นอกจากนั้นมีการปฏิบัติตามตามมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค 2) การดูแลร่างกายและจิตใจ ใช้แนวทาง “**ยอมรับ ปรับคิด คลายจิต พิชิตเป้าหมาย ดูแลกายให้แข็งแรง**” **ปัจจัยกระตุ้น** คือ การรับรู้ความรุนแรง/ผลกระทบของสถานการณ์ (COVID-19) **ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** ลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ทำให้รู้สึกปลอดภัย และสงบ ลดการแพร่เชื้อไม่ให้เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

2. ภูมิคุ้มกันทางใจระดับครอบครัว มีปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ **ปัจจัยเสริม** ประกอบด้วย 1) สัมพันธภาพที่ดี สายสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ การสื่อสารเชิงบวก เพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ใส่ใจ ห่วงใย สื่อสารสร้างกำลังใจ พูดคุยเพื่อให้เกิดการยอมรับ ลดตีตรา 2) ช่วยเหลือแบ่งปัน ผู้นำทุกระดับ เจ้าหน้าที่รัฐเอกชน อสม. และ ประชาชน มีส่วนในการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ โดยการช่วยเหลือแบ่งปันบุคคลในครอบครัว **ปัจจัยกระตุ้น** คือ การรับรู้ความรุนแรง/ผลกระทบของสถานการณ์ (COVID-19) **ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ไม่มีการทอดทิ้งบุคคลในครอบครัว

3. ภูมิคุ้มกันทางใจระดับชุมชน มีปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ **ปัจจัยหลัก** ประกอบด้วย 1) การมีผู้นำที่แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการมีผลต่อความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมของคนในชุมชนมีบทบาทในการขับเคลื่อนภูมิคุ้มกันทางใจ โดยการสื่อสารและสร้างการมีส่วนร่วม ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน 2) มีการสื่อสารเชิงบวก โดยผู้ส่งสารเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมผู้นำทุกระดับ เจ้าหน้าที่รัฐและเอกชน อสม. และ ประชาชน มีส่วนในการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ โดยร่วมคิด ร่วมวางแผน ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบ ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ และแบ่งปัน

ในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย

- 1) สัมพันธภาพและสายสัมพันธ์ในชุมชน
- 2) การช่วยเหลือแบ่งปันภายในชุมชนทุกภาคส่วน
- 3) มีระบบและกลไกเกิดขึ้นโดยคณะกรรมการฯ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ร่วมกันขับเคลื่อนงานผ่านระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อแบ่งบทบาทในการดำเนินการในพื้นที่ให้บริการเชิงรุก

ปัจจัยกระตุ้น คือ 1) การรับรู้ความรุนแรง/ผลกระทบของสถานการณ์ (COVID-19) 2) บทบาทและลักษณะเฉพาะของผู้สื่อสารเจ้าหน้าที่รัฐทุกระดับ ผู้นำชุมชน อสม. มีบทบาทและลักษณะเฉพาะในการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์วิกฤติคือ มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร มีจิตวิทยาในการพูด น้ำเสียงชวนฟัง ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารเข้าใจง่าย ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงประเด็น **ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** ชุมชนเกิดความสงบ ไม่ตื่นตระหนก ทำให้เกิดความเชื่อมั่น สร้างกำลังใจ สร้างความหวังให้ประชาชนมีพลังที่จะก้าวข้ามสถานการณ์วิกฤติ เกิดการทำงานเป็นทีมในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ประชาชนได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง

สรุปผลการศึกษา

การเกิดภูมิคุ้มกันทางใจและปัจจัยที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน เขตสุขภาพที่ 2 คือการสร้าง “วัคซีนใจ” ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้เกิดขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ซึ่งเกิดจาก พลังความร่วมมือ ความรัก ความสามัคคี และการดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้อย่างเหมาะสม โดยมีปัจจัยทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางใจ ประกอบด้วย ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับผิดชอบตนเอง การดูแลกายและจิตใจ ระบบกลไกทางสังคมสนับสนุน ปัจจัยหลัก ผู้นำเข้มแข็ง การสื่อสารเชิงบวก การมีส่วนร่วม ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ บทบาทลักษณะเฉพาะของผู้นำ การรับรู้ความรุนแรง/ผลกระทบของสถานการณ์

รูปแบบการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน เขตสุขภาพที่ 2



ข้อเสนอแนะ

1) กรมสุขภาพจิตจัดทำบันทึกข้อตกลงและสร้างความร่วมมือ(MOU)ในการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤติร่วมกับกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย เป็นต้น

2) ผู้บริหารศูนย์สุขภาพจิตผลักดันงานสุขภาพจิตให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดทุกระดับเห็นความสำคัญและกำหนดบทบาทงานสุขภาพจิตให้ชัดเจน

3) ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 ส่งเสริมสนับสนุนเทคโนโลยีสุขภาพจิตในการดูแลจิตใจของประชาชนด้วยวิธีที่เรียบง่ายไม่ซับซ้อนตามวิถีชีวิตของประชาชนในแต่ละบริบทพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพ ได้แก่ การประเมินความเครียดด้วยตนเอง

ด้วยแบบประเมิน 5 ข้อ (ST5) การประเมินซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) การฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยการหายใจ การขอรับคำปรึกษาจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 การปรับตัวปรับใจเมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤติ

4) เครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน อสม. ให้การดูแลสุขภาพจิตประชาชนและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบในภาวะวิกฤติโดยใช้การเยียวยาจิตใจด้วยหลัก 3 ส. ได้แก่ ส.1 สอดส่องมองหา เน้นการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ส.2 ใส่ใจรับฟัง เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงให้การปรึกษาเบื้องต้นด้วยการฟังอย่างตั้งใจเพื่อลดภาวะเครียดทางจิตใจ ส.3 ส่งต่อเชื่อมโยง กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงให้ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้การดูแลรักษาช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากทีมสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานสรุปผลการประเมินสุขภาพจิต Mental health Check In ปี 2563 ระดับประเทศ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) .(Combat 4th wave of COVID -19). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.(2563). แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) (Combat 4th wave of COVID -19). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการสร้างวัคซีนใจในชุมชน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19. กรุงเทพฯ : ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563). เสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. สืบค้น 10 สิงหาคม 2563. จาก : <https://dmh-elibrary.org/items/show/1327>
- คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ. (2563). มาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2. (2563). รายงานสรุปผลการประเมินสุขภาพจิต Mental health Check In ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 2. พิษณุโลก: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 พิษณุโลก.

ประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7

The Effectiveness of Village Health Volunteers, the 1st doctor work
in primary health care system, health region 7

ถวิล เลิกชัยภูมิ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Received : 30 January 2024, Received in revised form : 31 January 2024, Accepted : 14 February 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง โดยวิธีการสนทนากลุ่มในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และ อสม. จากจังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดละ 15 คน และวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลตาม CIPP Model และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจาก อสม.หมอคนที่ 1 จำนวน 424 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า (1) ด้านบริบท (Context) มีการพัฒนาอสม.หมอคนที่ 1 โดยใช้หลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (2) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input) อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (3) ด้านกระบวนการ (Process) การทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินงานเดิม และ (4) ด้านผลลัพธ์ (Product) อสม.หมอคนที่ 1 เป็นผู้ที่มีส่วนช่วยหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 ในการติดตามผู้ป่วย สื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลในชุมชนเชื่อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในส่วนของผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาท อสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.91 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31 ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวจึงควรมีการเพิ่มศักยภาพ อสม.หมอคนที่ 1 ในการดำเนินงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในด้านองค์ความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร และการประเมินผลการดำเนินงาน

คำสำคัญ อสม., ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, การรับรู้บทบาท, แรงจูงใจ

Abstract

This study was evaluative research aimed at studying the effectiveness of Village Health Volunteers (VHV), the first doctors in the primary health care system in Health Region 7. Qualitative data were collected using semi-structured open-ended questions through group discussions among officials responsible for primary health and primary health at the provincial, district, sub-district, and village health volunteers from provinces in Health Region 7—15 people per province. The data were analyzed and synthesized according to the CIPP Model. Quantitative data were collected using a questionnaire from 424 VHVs, the first doctors, and analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the qualitative study found: (1) Context: VHVs, the first doctors, were developed using the VHV family doctor curriculum, digital technology use, and managing problems that are consistent with the context of the area. (2) Input: VHVs are ready to learn and develop themselves to be able to work in the

primary health system. (3) Process: Work processes were coordinated between VHVs, the first doctor, and the second doctor, using the same operational model. (4) Product: VHVs, the first doctors, are the ones who help the second doctor and the third doctor with patient follow-up, communication, advising the patients, and forwarding information in the community, connecting with public health officials. The results of the quantitative study found that most VHVs had a high level of awareness of the role of VHVs, the first doctor, at a high level (59.91 percent) and had a high level of motivation to work (57.31 percent). From the results of this study, the potential of VHVs, the first doctor, should be increased in operating in the primary health system, particularly in the fields of knowledge, communication skills, and performance evaluation.

Keyword: Village health volunteer (VHV), primary health system, role perception, motivation

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานด้วยเสาหลัก 4 ประการ คือ (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัย (2) การใช้เทคโนโลยีที่มีความเหมาะสม เรียบง่าย ไม่ซับซ้อนเหมาะสมกับสภาพของพื้นที่และประชาชน (3) การปรับบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และ (4) ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่รับความไว้วางใจจากคนในชุมชนและได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 โดย อสม. มีหน้าที่เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรอื่นๆ (กองสุขภาพภาคประชาชน, 2557)

ในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้าน เพื่อเชื่อมต่อกับนโยบาย 3 หมอ ซึ่งประกอบด้วย อสม. หมอประจำบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหมอเวชศาสตร์ครอบครัว ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของ อสม. เพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล

ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) โดยมีการกำหนดบทบาท คือ (1) หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอประจำบ้าน 1 คนดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน (2) หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุนหาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วยโดยหมอสาธารณสุข 2 คนดูแลประชาชน 1,250 – 2,500 คน และ (3) หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอครอบครัว 1 คนดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) โดยจากปี 2564 – 2566 ในเขตสุขภาพที่ 7 มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. หมอคนที่ 1 จำนวนกว่า 104,798 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม. หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นการประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอคนที่ 1 ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพตามความเหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 7

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluations Research) ซึ่งประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงประมาณ (Quantitative Collection Data) และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Collection Data)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

(1) ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกับ อสม.หมอคนที่ 1 และ อสม.หมอคนที่ 1 ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จังหวัดละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

(2) อสม.หมอคนที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณการค่าเฉลี่ย (บุญญพัฒน์ไชยเมลล์, 2558) โดยเขตสุขภาพที่ 7 มี อสม.หมอคนที่ 1 จำนวน 104,798 คน กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น (Z) เท่ากับ 1.96, กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 0.05 และอ้างอิงค่า σ จากการศึกษาของ ทรงศักดิ์ เทเสนา (2563) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ซึ่งกำหนดค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการเยี่ยมบ้านของ อสม.ร่วมกับทีมหมอครอบครัว เท่ากับ 0.49

โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{[e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2]}$$

$$n = \frac{(104,798)(1.96)^2(0.49)^2}{[0.05^2(104,798-1) + (1.96)^2(0.49)^2]}$$

$$n = 367.66 = 368 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยได้ทำการปรับขนาดตัวอย่าง (Adjust) เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างร้อยละ 15 จึงทำให้การศึกษานี้มีขนาดตัวอย่างจำนวน 424 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแบบหลายขั้นตอน โดยกำหนดให้จับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 2 อำเภอ จากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 และจับสลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อเลือกตำบลจำนวน 2 ตำบลในอำเภอข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจังหวัดละ 4 ตำบล ใน 2 อำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

(1) ข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ โดยข้อคำถามพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และการให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ กระบวนการสร้างและพัฒนา อสม.หมอคนที่ 1, การทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในระบบปฐมภูมิ, การใช้สมาร์ท อสม., บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 และมุมมองต่อการเป็น อสม.หมอคนที่ 1 ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาสาธารณสุขมูลฐาน และสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้จังหวัดขอนแก่นเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม

(2) แบบสอบถามเรื่องประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 31 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. บทบาทการเป็นอสม. ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์จากการศึกษาของทรรชนี บุญมัน (2564) และประยุกต์ใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bloom(1971) แบ่งระดับการรับรู้ ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน) ระดับปานกลาง มีคะแนน

ระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ระหว่าง 46 – 59 คะแนน) และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (15 – 45 คะแนน) ทำการทดสอบค่าความเที่ยง โดยวิธี Cronbach's Alpha ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยพบว่า มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.หมอบคนที 1 จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากกรทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์จากการศึกษาของทรศนีย์ บุญมัน (2564) และประยุกต์ใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มากกว่าหรือเท่ากับ 40 คะแนน) ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ระหว่าง 31 – 39 คะแนน) และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (10 – 40 คะแนน) ทำการทดสอบค่าความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's Alpha ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยพบว่า มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ (1) การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และ (2) การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ตัวอย่างและหาค่าความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's Alpha ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยพบว่า แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 ครั้ง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแบบสอบถามให้กับ อสม.หมอบประจำบ้านใน 4 จังหวัดเขตสุขภาพที่ 7 ผ่าน Google Form

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ตามกรอบ CIPP Model (สมทรง สุภาพ, 2565) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation), ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation), ประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และ ประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

(2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) พบว่า มีการพัฒนาอสม.หมอบคนที 1 โดยใช้หลักสูตร อสม.หมอบประจำบ้าน โดยในระยะแรกในการดำเนินงานเป็นการอบรมในพื้นที่ เรียนรู้ผ่านองค์ความรู้ที่ได้สนับสนุนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และการเรียนรู้ในระหว่างปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งมีการส่งเสริมให้ อสม.หมอบคนที 1 มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน ทั้งการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดต่อสื่อสารระหว่าง อสม.หมอบคนที 1 และหมอบคนที 2

2) ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พบว่า อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึง อสม.หมอบคนที 1 มีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น การคัดกรองสุขภาพตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ การพัฒนา อสม.ให้เป็นหมอบคนที 1 ยังเป็นการสร้างความภาคภูมิใจให้แก่ อสม.ที่ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน

3) ประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่า การทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอบคนที 1 และหมอบคนที 2 เพื่อให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น การคัดกรองสุขภาพ ควบคุมโรคระบาด การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 การเฝ้าระวังโภชนาการในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นบริการที่ อสม. ได้ร่วมให้บริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นเสมือนโซ่ข้อกลางในการประสานการดำเนินงานทั้งกับ อสม. และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ดูแลพื้นที่

4) ประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า อสม. ซึ่งปฏิบัติหน้าที่หมอบคนที 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ สามารถพัฒนาศักยภาพตนเองผ่านการเรียนรู้หลักสูตร อสม.หมอบประจำบ้าน และปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอบคนที 2 ในการส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองและป้องกันโรคในชุมชน โดยบทบาทหลักในการทำงานคือเป็นผู้เชื่อมโยงประสานข้อมูลในพื้นที่ให้กับหมอบคนที 2 ซึ่งจากการดำเนินนโยบาย 3 หมอนั้น พบว่า หมอบคนที 2 หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนและประสานงานระหว่างหมอบคนที 1 และหมอบคนที 3

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สอบแบบสอบถาม พบว่า อสม.ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 42.92 โดยมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี และมีอายุเฉลี่ย 54.83 ปี (s.d.=9.84) ส่วนใหญ่เป็น อสม. มาแล้ว 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.35 โดยมีระยะเวลาเป็น อสม. น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 45 ปี และมีระยะเวลาเป็น อสม.เฉลี่ย 15.56 ปี (s.d.=10.14) ด้านการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 39.15 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 32.31 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.10 ตามลำดับ และในด้านรายได้เฉลี่ย พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้

เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 71.02 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 24.28 และ มากกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 4.70 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

2. การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.91 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.32 และระดับน้อย ร้อยละ 3.77 ตามลำดับ

3. แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.หมอคนที่ 1 พบว่า อสม.หมอคนที่ 1 ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.92 และระดับน้อย ร้อยละ 3.77 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สอบแบบสอบถาม (N=424 คน)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	12.50
หญิง	371	87.50
อายุ		
18 - 30	5	1.18
31 - 40	27	6.37
41 - 50	98	23.1
51 - 60	182	42.92
60 ปีขึ้นไป	112	26.42
Min = 24, Max = 82, \bar{X} = 54.83 (s.d. = 9.84)		
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1 - 5 ปี	78	18.44
6 - 10 ปี	84	19.85
11 - 15 ปี	73	17.26
15 - 20 ปี	85	20.10
20 ปีขึ้นไป	103	24.35
Min = 1, Max = 45, \bar{X} = 15.56 (s.d. = 10.14)		
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	137	32.31
มัธยมศึกษาตอนต้น	81	19.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	166	39.15
ปวศ./อนุปริญญา	21	4.95
ปริญญาตรี	19	4.81
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n = 383)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	272	71.02
5,001 - 10,000 บาท	93	24.28
มากกว่า 10,001 บาท	18	4.70
Min = 600, Max = 35,000, \bar{X} = 4,447.26 (s.d. = 4411.15)		

ตารางที่ 2 ความเข้าใจบทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1 และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่

ระดับการรับรู้บทบาท และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอคนที่ 1		
การรับรู้ระดับสูง	254	59.91
การรับรู้ระดับกลาง	154	36.32
การรับรู้ระดับน้อย	16	3.77
แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่		
แรงจูงใจในระดับสูง	243	57.31
แรงจูงใจในระดับกลาง	165	38.92
แรงจูงใจในระดับน้อย	16	3.77

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาอสม.หมอคนที่ 1 ดำเนินการโดยใช้หลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่ง อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 การติดตามผู้ป่วย สื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลในชุมชนเชื่อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิณกร โนรี, ชลิดา พลอยประดับ, วิชานี พลอยสงศรี และผลลักษณ์ ผดุงสันต์ (2565) ซึ่งพบว่าจากการดำเนินงานนโยบายหมอประจำตัว 3 คน อสม.หมอคนที่ 1 เป็นผู้ที่ได้รับผลดีจากนโยบาย ทั้งจากการยกระดับบทบาทการฝึกอบรม และการยกสถานะทางสังคม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบทบาทหมอคนที่ 2 ยังเป็นส่วนสำคัญในการประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3

2. ระดับการรับรู้บทบาท อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้บทบาท อสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูง ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปกาณี, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2559) ซึ่งพบว่า อสม.มีการประเมินบทบาทการทำงานของตนเองในระดับดีมาก โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสำรวจข้อมูล และจัดทำข้อมูล ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการเข้าเป็น อสม.จำเป็นต้องผ่านกระบวนการคัดกรองเป็นอย่างดี จึงทำให้ อสม.มีความตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทของตนเอง

3. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากการศึกษาพบว่า อสม.หมอคนที่ 1 ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงศักดิ์ เทเสนา (2563) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว พบว่า อสม.มีปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2019) ซึ่งได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า อสม.มีความคิดเห็นต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมในระดับมาก เนื่องจาก อสม. ทำงานเพราะมีใจรัก เห็นว่างานมีประโยชน์ต่อส่วนรวม และทำให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้อื่น

สรุปผล

การพัฒนาอสม.หมอคนที่ 1 ดำเนินการโดยใช้หลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่ง อสม.มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการทำงานส่วนใหญ่เป็นการประสานงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 การติดตามผู้ป่วย สื่อสารและให้คำปรึกษาผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลในชุมชนเชื่อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความเข้าใจบทบาทของอสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.91 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ร้อยละ 57.31

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1) จากการศึกษาพบว่า บทบาทการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 เป็นการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับหมอคนที่ 2 และ หมอคนที่ 3 ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างองค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพให้กับ อสม.หมอคนที่ 1 อย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างให้ อสม.หมอคนที่ 1 เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถให้คำแนะนำและเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้กับคนในชุมชนหน่วยงานในพื้นที่ และกรมวิชาการควรพัฒนาหลักสูตรที่จะเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับ อสม.หมอคนที่ 1 ที่มีเนื้อหาที่เข้าถึงง่าย และไม่ซับซ้อน

2) จากการศึกษา พบว่า อสม.หมอคนที่ 1 ส่วนใหญ่มีความเข้าใจบทบาทของตนเองและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาในด้านจำนวนพบว่า มีเพียงร้อยละ 59.91 และ 57.31 ตามลำดับ ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับ อสม.หมอคนที่ 1 อย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม.หมอ

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521 –พ.ศ. 2557)*.

นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนนโยบาย 3 หมอ*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *3 หมอ คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน*. สืบค้น 5 มีนาคม 2566, จาก <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1175-1175-3-หมอ-คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว-3-คน>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *รายงาน 3 หมอรู้จักคุณ*. สืบค้น 5 มีนาคม 2565, จาก

https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_province?region=Nw==

บุญญพัฒน์ ไชยเมลล์. (2558). *วิธีวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. สงขลา: บริษัทนำศิลป์โฆษณา จำกัด.

ทรงศักดิ์ เทเสนา. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว*. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 23(2), 70-82.

Benjamin, S.B. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.

ฉัตรกร โนรี, ชลิตา พลอยประดับ, วิภาวี พลอยสงศรี และผกาลักษณ์ ผดุงสันต์ (2565) *รายงานฉบับสมบูรณ์การถอดบทเรียนการดำเนินงานนโยบาย “คนไทยทุกคนควรมีหมอประจำตัว 3 คน” ใน 4 จังหวัด ของประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

จรรยาลักษณ์ ป้อเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง. (2019). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี*. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 60-70.

ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. (2565). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบเขตสุขภาพที่ 5*. ราชบุรี: ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

คนที่ 1 การแลกเปลี่ยนแนวทางและวิธีการทำงานระหว่าง อสม.หมอคนที่ 1 หมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของ อสม.หมอคนที่ 1 เช่น ระดับความรู้ ทักษะติดต่อการปฏิบัติงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ที่เลี้ยงในทีม 3 หมอ

2) ควรมีการศึกษาความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม.หมอคนที่ 1 ในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับจังหวัด อำเภอลำปาง และตำบล และอสม. ที่ร่วมให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวมทั้ง อสม. หมอคนที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ร่วมตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้

อารุจี ศักดิ์สวัสดิ์. (2563). คุณภาพการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่
สถานการณ์ความไม่สงบ: กรณีศึกษาประชาชนในพื้นที่ตำบลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
(วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์).
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, อลงกรณ์ เปกาตี, จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2559). บทบาทของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(2), 6-14

สมทรง สุภาพ. 2565. รูปแบบเพื่อประเมินหลักสูตรในศตวรรษที่ 21 ซึ่งพัฒนาจากรูปแบบการประเมิน CIPP Model.
วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 33(1), 1-13.

ทรงศนีย์ บุญมั่น. 2564. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย
(วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

**สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
Competency of Administration Management for Healthy Organizations among
Village Health Volunteers in Sawankhalok District, Sukhothai Province**

มหาชาติ ไสภณนิรินาก

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่านลานหอย

ยุภรนา แยมคาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

Received : 12 January 2024, Received in revised form : 26 January 2024, Accepted : 14 February 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 64 คน และ อสม. จำนวน 64 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample's t-test และ Independent sample's t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุดและมีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับปานกลาง อสม. มีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังสูงกว่าสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริง และกลุ่ม อสม. ประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริงสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เพื่อให้ อสม.สามารถบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : สมรรถนะ การบริหารจัดการ องค์กรสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This descriptive research aimed to study the competency of administration management for healthy organizations among Village Health Volunteers (VHVs) in Sawankhalok District, Sukhothai Province. The sample involved 64 health care providers (HCPs) and 64 VHVs in Sawankhalok District, Sukhothai Province. Data were collected using a questionnaire and then analyzed to determine the frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired sample's t-test, and independent sample's t-test. The research results revealed that the expected competency of administration management for healthy organizations was at the highest level, and the actual competency of administration management for healthy organizations was at a moderate level. VHVs were an expected competency of administration management for healthy organizations that was higher than the actual competency of administration management for healthy organizations. However, VHVs evaluated the expected competency of administration management for healthy organizations higher than HCPs. Furthermore, VHVs evaluated the actual competency of administration management for healthy organizations higher than HCPs. According to the findings of this study, related agencies should train VHVs' competency in administration management for healthy organizations to develop VHVs' potential in administration management for healthy organizations more effectively and efficiently.

Keyword : Competency, Administration management, Healthy Organizations, Village Health Volunteers

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้ประชาชนสามารถเพิ่มสมรรถนะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตระหนักถึงการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเหล่านั้นต้องสามารถบ่งบอกความมุ่งมั่นปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยลบที่เป็นสาเหตุทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญหรือเพิ่มปัจจัยบวกที่ทำให้มีสุขภาพที่ดี สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี คัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพเบื้องต้นและตรวจประเมินสุขภาพพร้อมจดบันทึกข้อมูลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส. 1 พ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการดูแลสุขภาพฟัน) เพื่อการบรรลุซึ่งสุขภาพะอันสมบูรณ์ตลอดช่วงชีวิตสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีคุณภาพ (นิสิต ยี่มนรินทร์, 2565) โดยมีการพัฒนาต่อยอดเป็นองค์กร อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งมีสมาชิก อสม. และชมรม อสม. ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด และได้กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินองค์กร อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีเด่นระดับจังหวัด แบ่งออกเป็น 6 ระดับ (Level) เรียงตามลำดับสูงสุดไปต่ำสุด ได้แก่ 1) ดีเด่นระดับเพชร (Diamond) ผ่านเกณฑ์ 95 คะแนนขึ้นไป 2) ดีเด่นระดับทองคำขาว (Platinum) ผ่านเกณฑ์ 90 คะแนนขึ้นไป 3) ดีเด่นระดับทองคำ (Gold) ผ่านเกณฑ์ 85 คะแนนขึ้นไป 4) ดีเด่นระดับเงิน (Silver) ผ่านเกณฑ์ 80 คะแนนขึ้นไป 5) ดีเด่นระดับทองแดง (Copper) ผ่านเกณฑ์ 75 คะแนนขึ้นไป และ 6) ดีเด่น แบ่งออกเป็น 4 รางวัลคือ (1) รางวัลชนะเลิศ คะแนนสูงสุดลำดับที่ 1 (2) รางวัลรองชนะเลิศ อันดับที่ 1 คะแนนสูงสุดลำดับที่ 2 (3) รางวัลรองชนะเลิศ อันดับที่ 2 คะแนนสูงสุดลำดับที่ 3 (4) รางวัลชมเชย คะแนนสูงสุดลำดับที่ 4 เป็นต้นไป (ไม่จำกัดรางวัล) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558) จังหวัดสุโขทัย มี อสม. จำนวน 12,835คน แบ่งการรวมกลุ่มของ อสม. ออกเป็นชมรม อสม. ระดับจังหวัด จำนวน 1 ชมรม ชมรม อสม. ระดับอำเภอ จำนวน 9 ชมรม และชมรม อสม. ระดับตำบล 86ชมรม โดยมีชมรม

อสม. ระดับอำเภอผ่านการประเมินยกระดับ 1) ระดับทองคำ (Gold) จำนวน 3ชมรม คือ ชมรม อสม. อำเภอศรีนคร ชมรม อสม. อำเภอกงไกรลาศ และชมรม อสม. อำเภอทุ่งเสลี่ยม 2) ระดับเงิน (Silver) จำนวน 1 ชมรมคือ ชมรม อสม. อำเภอศรีสัชชนาลัย และ 3) ระดับทองแดง (Copper) จำนวน 2 ชมรมคือ ชมรม อสม. อำเภอศรีสำโรง และชมรม อสม. อำเภอบ้านด่านลานหอย และผ่านประเภทการประเมินดีเด่น ได้แก่ 1) รางวัลชนะเลิศ ชมรม อสม. อำเภอคีรีมาศ 2) รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1 ชมรม อสม. อำเภอเมืองสุโขทัย และ 3) รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 2 ชมรม อสม. อำเภอสวรรคโลก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) โดยเฉพาะอย่างยิ่งชมรม อสม. อำเภอสวรรคโลก ไม่ส่งผลงานเข้ารับการประเมินดีเด่นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย (2564) จึงได้มีข้อเสนอแนะให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลกและโรงพยาบาลสวรรคโลก ควรส่งเสริม สนับสนุน และผลักดันให้ชมรมชมรม อสม. อำเภอสวรรคโลก ให้มีการขับเคลื่อนองค์กร อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นทุกครั้ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2564) โดยมีชมรม อสม. ระดับอำเภอเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการองค์กร อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ซึ่งมีการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่แตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ควรผ่านตามเกณฑ์สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากสมรรถนะเป็นเกณฑ์ในการวัดผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ (อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร, 2551) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะในการปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) นอกจากนี้ อสม. มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความสามารถ/คุณลักษณะ ด้านทักษะ และด้านความรู้ (นุไรฮัน ฮะ, 2562) รวมถึงความต้องการได้รับการพัฒนาความรู้อย่างเข้าถึงที่สุด ได้ลงมือปฏิบัติให้มากกว่าที่ทำอยู่ รู้เท่าทันเหตุการณ์ มีการพัฒนากระบวนการทำงาน มีการทำงานเป็นทีมแบบเครือข่าย และมีการสร้างการมีส่วนร่วม

ด้วยการประชุมทบทวนกันอย่างต่อเนื่อง (วีณาพร สำอางศรี, บริชา สามัคคี และไกรเดช ไกรสกุล, 2563) ทั้งนี้ อสม. อาจจะมีการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่ไม่สอดคล้องกับลักษณะการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ซึ่งก่อให้เกิดการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่ไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งจะเห็นได้ว่า อสม. เป็นผู้ประสานงานระหว่างภาครัฐและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและยังเป็นตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นที่นับถือของประชาชน โดยอาสาเข้ามาทำงานด้านสุขภาพเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพในภาคประชาชนมีการกระตุ้นและชักนำประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดีก่อให้เกิดความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน และเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุดจึงมีความจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพก่อนจึงจะสามารถถ่ายทอดความรู้และเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2565, 2565)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริงของ อสม.
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะที่คาดหวังกับสมรรถนะที่มีอยู่จริงของ อสม.
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะที่คาดหวังกับสมรรถนะที่มีอยู่จริง ระหว่างการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับการประเมินโดย อสม.

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 58/2023 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. 58/2023 ลงวันที่ 6 กันยายน 2566 วิธีทบทวนแบบยกเว้น (Exemption review)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 379 คน และ อสม. อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,610 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้ขนาดตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ อสม. จำนวน 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 64 คน และกลุ่ม อสม. จำนวน 64 คน ในจำนวนที่เท่ากันหรือในอัตราส่วน 1:1 เพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลลัพธ์หรือประสิทธิภาพของการประมาณค่า (Hennessy, Bilker, Berlin, & Strom, 1999) โดยใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับตัวอักษร ก-ฮ ของรายชื่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ อสม. กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยประชากร คำนวณหาอัตราส่วนระหว่างประชากรและขนาดตัวอย่าง การจับฉลากหากกลุ่มตัวอย่างคนแรกของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และกลุ่มตัวอย่างคนต่อไปจะถูกสุ่มอย่างเป็นระบบตามระยะห่างของช่วงที่คำนวณได้จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. และยินดีให้ข้อมูล ซึ่งมีเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสมรรถนะการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์การสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริงของ อสม. สำหรับ อสม. ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของ อสม. จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลา

ในการเป็น อสม. โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) (Rovinelli, & Hambleton, 1977) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และส่วนที่ 2 สมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริงของ อสม. ที่พัฒนาขึ้นจากหลักเกณฑ์การประเมินองค์กร อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีเด่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ด้านผลสำเร็จของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และด้านผลลัพธ์ของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลางน้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนสมรรถนะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับน้อย 3) คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับมาก และ 5) คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1984) เท่ากับ 0.893

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริงของ อสม. สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะงาน ระดับการปฏิบัติงาน สถานภาพการจ้างงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กร และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และส่วนที่ 2 สมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริงของ อสม. ที่พัฒนาขึ้นจากหลักเกณฑ์การประเมินองค์กร อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีเด่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558) ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการบริหารจัดการองค์กร

สร้างเสริมสุขภาพ ด้านผลสำเร็จของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ และด้านผลลัพธ์ของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลางน้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนสมรรถนะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับน้อย 3) คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับมาก และ 5) คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.925

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลคือ 1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลกถึงโรงพยาบาลสวรรคโลก เทศบาลเมืองสวรรคโลก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่ม อสม. 2) ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มจากแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีการเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย แบบสอบถามและข้อมูลเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น โดยเก็บเป็นความลับ ไม่นำมาเปิดเผย ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม และทำลายแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการรับรองโครงการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในระหว่างวันที่ 11 กันยายน 2566 ถึง 31 ตุลาคม 2566 และ 3) เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลระบุนรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยในลำดับต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูลคือ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของ อสม. และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) การวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริงของ อสม. โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) การเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริงของ อสม. ภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่ม อสม. โดยใช้สถิติ Paired sample's t-test เนื่องจากตัวแปรทดสอบมีกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และ 4) การเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริง ระหว่างการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับการประเมินโดย อสม. โดยใช้สถิติ Independent sample's t-test เนื่องจากตัวแปรทดสอบมีกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 48.83 ปี ต่ำสุด 27 ปี และสูงสุด 71 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 21.9 และน้อยที่สุดคือ โสด ร้อยละ 12.5 และหม้าย/ร้าง ร้อยละ 12.5 สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) มากที่สุด ร้อยละ 28.1 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.3 และน้อยที่สุดคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 17.2 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 29.7 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 29.7 และน้อยที่สุดคือนักการเมืองท้องถิ่น/นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ 1.6 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,796.87 บาท ต่ำสุด 4,000 บาท และสูงสุด 95,000 บาท และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 13.86 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 35 ปี

2. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากสังกัดสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 45.3 รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 32.8 และน้อยที่สุดคือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ร้อยละ 6.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 อายุเฉลี่ย 39.55 ปี ต่ำสุด 25 ปี และสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 39.1 และน้อยที่สุดคือ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 1.6 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 70.3 รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 23.4 และน้อยที่สุดคือ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 6.3 ลักษณะงานเป็นสายวิชาการมากที่สุด ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือ สายสนับสนุน ร้อยละ 15.6 และน้อยที่สุดคือ สายบริการ ร้อยละ 14.1 และสายบริหาร ร้อยละ 14.1 ระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปฏิบัติงานมากที่สุด ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ ระดับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้างานสายบริการ ร้อยละ 29.7 และน้อยที่สุดคือ ระดับผู้บริหารองค์กร ร้อยละ 7.8 สถานภาพการจ้างงานเป็นข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุดคือ ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 4.7 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 26,538.28 บาท ต่ำสุด 8,000 บาท และสูงสุด 50,000 บาทและระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 13.23 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 37 ปี

3. ข้อมูลสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง

เมื่อประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.22$, S.D. = 0.30) และมีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.72$, S.D. = 0.65) ดังตาราง 1

ตาราง 1 สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริง

ตัวแปร	สมรรถนะที่คาดหวัง			สมรรถนะที่มีอยู่จริง		
	\bar{X}	S.D.	การแปลผล	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	4.22	0.30	มากที่สุด	2.72	0.65	ปานกลาง
การบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	4.20	0.30	มาก	2.70	0.65	ปานกลาง
ผลสำเร็จของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	4.26	0.35	มากที่สุด	2.81	0.71	ปานกลาง
ผลลัพธ์ของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	4.41	0.51	มากที่สุด	2.86	0.90	ปานกลาง

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง ภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง ภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังสูงกว่าสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังสูงกว่าสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความแตกต่างระหว่างสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่จริง ภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตัวแปร	สมรรถนะ	กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข				
		\bar{X}	S.D.	t	df	p-value	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	คาดหวัง	4.00	0.17	17.170	63	<0.001	4.45	0.22	29.337	63	<0.001
	มีอยู่จริง	3.19	0.38				2.25	0.50			
การบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	คาดหวัง	3.99	0.18	16.441	63	<0.001	4.42	0.24	30.263	63	<0.001
	มีอยู่จริง	3.19	0.37				2.21	0.46			
ผลสำเร็จของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	คาดหวัง	4.03	0.26	15.462	63	<0.001	4.49	0.28	21.179	63	<0.001
	มีอยู่จริง	3.18	0.42				2.44	0.75			
ผลลัพธ์ของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	คาดหวัง	4.07	0.37	12.396	63	<0.001	4.75	0.38	18.938	63	<0.001
	มีอยู่จริง	3.23	0.56				2.48	1.01			

5. การเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง ระหว่างกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คาดหวังและสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่จริง

ตาราง 3 แสดงความแตกต่างของสมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริง ระหว่างกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่ม อสม.

ตัวแปร	กลุ่ม	สมรรถนะที่คาดหวัง					สมรรถนะที่มีอยู่จริง				
		\bar{X}	S.D.	t	df	p-value	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	อสม.	4.45	0.22	29.337	63	<0.001	4.00	0.17	17.170	63	<0.001
	บุคลากร	2.25	0.50				3.19	0.38			
การบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	อสม.	4.42	0.24	30.263	63	<0.001	3.99	0.18	16.441	63	<0.001
	บุคลากร	2.21	0.46				3.19	0.37			
ผลสำเร็จของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	อสม.	4.49	0.28	21.179	63	<0.001	4.03	0.26	15.462	63	<0.001
	บุคลากร	2.44	0.75				3.18	0.42			
ผลลัพธ์ของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ	อสม.	4.75	0.38	18.938	63	<0.001	4.07	0.37	12.396	63	<0.001
	บุคลากร	2.48	1.01				3.23	0.56			

อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เมื่อประเมินสมรรถนะที่คาดหวัง โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่ม อสม. พบว่า อสม. มีสมรรถนะที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา พฤกษ์ิกานนท์ (2567) ได้ศึกษาสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของ อสม. พบว่า อสม. มีสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนสมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด และสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับมาก

(อรธิตรา พลจร, 2563) แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะที่คาดหวัง มีความสอดคล้องกับลักษณะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ทำให้มีการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจึงส่งผลกระทบต่อองค์การองค์การสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการต้านภัยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรควิถีชีวิตในชุมชนโดยใช้เทคโนโลยี บุคลากร และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน มาจัดกระบวนการสร้างความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วม และความร่วมมือจากภาคีทุกภาคส่วนในตำบล และจัดทำแผนการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของ อสม.

และในท้ายที่สุดส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนบรรลุเป้าหมายไร้พุง/ปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ลดเสี่ยง ลดโรค พร้อมทั้งสามารถเป็นต้นแบบและเป็นศูนย์เรียนรู้ให้กับหมู่บ้าน/ชุมชนอื่น ๆ ได้ต่อไป (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558) ซึ่งมีสมาชิก อสม. และชมรม อสม. ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัดเป็นผู้นำดำเนินการกิจกรรมในหมู่บ้าน/ชุมชน ประสานงานระหว่างภาครัฐและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและยังเป็นตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นที่นับถือของประชาชน โดยอาสาเข้ามาทำงานด้านสุขภาพเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพในภาคประชาชนมีการกระตุ้นและชักนำประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดีก่อให้เกิดความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน และเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวแทนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุดจึงมีความจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพก่อนจึงจะสามารถถ่ายทอดความรู้และเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2565, 2565) โดยมีชมรม อสม. ระดับอำเภอเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. (คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง, 2562)

2. จากผลการศึกษาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เมื่อประเมินสมรรถนะที่มีอยู่จริง โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและกลุ่ม อสม. พบว่า อสม. มีสมรรถนะที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับปานกลางซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2563) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรธิรา พลจร (2563) ได้ศึกษาสมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า สมรรถนะ อสม. ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับมาก และสมรรถนะ วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของ อสม. ที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับมาก (ณัฐธิดา พฤทธิกานนท์, 2567) แสดงให้เห็นว่าการใช้เกณฑ์สมรรถนะในการประเมินผลการปฏิบัติงานจึงเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เนื่องจากการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือหรือ

องค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยในการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การประเมินผลการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. จะช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพรับทราบศักยภาพการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ของ อสม. และชมรม อสม. ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และสามารถจัดหารูปแบบหรือแนวทางการพัฒนา การฝึกอบรม ปรับปรุงจุดด้อย และพัฒนาจุดเด่นของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร, 2551)

3. จากผลการศึกษาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย พบว่า อสม. มีสมรรถนะที่คาดหวังสูงกว่าสมรรถนะที่มีอยู่จริงและกลุ่ม อสม. ประเมินสมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริงสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. มีความสอดคล้องลักษณะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยการประเมินสมรรถนะ (Competency assessment) ซึ่งเป็นกระบวนการในการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ในขณะที่นั้นเปรียบเทียบกับระดับสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง (2562) คาดหวังในการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ว่าได้ตามที่คาดหวังหรือมีความแตกต่างกันมาน้อยเพียงใด (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548) เพื่อนำผลการประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ไปปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพให้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่ดีในการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ก่อให้เกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของ อสม. และท้ายที่สุดทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน บรรลุเป้าหมายไร้พุง ปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ ลดเสี่ยง ลดโรค พร้อมทั้งสามารถเป็นต้นแบบและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับหมู่บ้าน/ชุมชนอื่น ๆ ได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2558)

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด และมีสมรรถนะที่มีอยู่จริงอยู่ในระดับปานกลาง อสม. มีสมรรถนะที่คาดหวังสูงกว่าสมรรถนะที่มีอยู่จริง และกลุ่ม อสม. ประเมินสมรรถนะที่คาดหวังและสมรรถนะที่มีอยู่จริงสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เพื่อให้ อสม. สามารถบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เพื่อให้ อสม. สามารถบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ให้สอดคล้องกับสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ที่คาดหวัง

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรนำผลการวิจัยไปใช้ฝึกอบรมสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เพื่อพัฒนาศักยภาพ ปรับปรุงจุดด้อย และพัฒนาจุดเด่นของการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึก ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุด และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกันในพื้นที่ที่ต่างกันและในระยะเวลาที่ต่างกัน

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยเชิงผสมผสานเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. และอาจจะได้ข้อค้นพบใหม่ด้านการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม.

3. ควรพัฒนารูปแบบการประเมินผลการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยนำผลการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการองค์กรสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ต่อไป

4. ควรพัฒนาองค์กร อสม. สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการองค์กร อสม. สร้างเสริมสุขภาพที่ความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ แก่ อสม. ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง. (2562). *ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง แนวทางการจัดทำระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐธิดา พฤทธิกานนท์. (2567). *สมรรถนะวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

- นิสิต ยี่มนรินทร์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสารานุกรมสุขภาพภาคเหนือ*, 32(3), 9-23.
- นูไรอัน ฮะ. (2562). ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง การรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2561. (20 มิถุนายน 2561). *ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ*, 135(142 ง), หน้า 23-25.
- ยุทธนา แยกคาย, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 269-279.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2565. (29 มิถุนายน 2565). *ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ*, 139(152 ง), หน้า 1.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พ.ศ. 2554. (20 มีนาคม 2554). *ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ*, 128(33 ง), หน้า 1-10.
- วิณาพร สำอางศรี, ปรีชา สามัคคี และไกรเดช ไกรสกุล. (2563). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพรรณ*, 15(3), 187-198.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2558). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2564). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2565). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2548). *คู่มือสมรรถนะราชการพลเรือนไทย*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- อรธิรา พลจร. (2563). สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- อลงกรณ์ มีสุทธา, และสมิต สัจฉกร. (2551). *การประเมินผลการปฏิบัติงาน: แนวความคิด หลักการ วิธีการ และกระบวนการ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychology and education*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
- Hennessy, S., Bilker, W. B., Berlin, J. A., & Stromu, B. L. (1999). Factors influencing the optimal control-to-case ratio in matched case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 149(2), 195-197. doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009786.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49-60.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากภาวะหลอดเลือดสมองแตก Nursing Care Cerebral Hemorrhage Stroke

สุกัญญา ตรีสาณันท์

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Received : 9 January 2024, Received in revised form : 2 February 2024, Accepted : 16 February 2024

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ และมีความพิการหลงเหลืออยู่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการดูแลตามแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้วควรเป็นการดูแลแบบองค์รวมเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก

วิธีการศึกษา เป็นกรณีศึกษาเชิงพรรณนา โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะเลือดออกในสมอง (Cerebral Hemorrhage) ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสวรรค์ประชารักษ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วย การสังเกตขณะเยี่ยมบ้าน แบบประเมินผู้ป่วยตามแนวทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงได้นำทฤษฎีความพร้อมการดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกีฟสัน ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ และทฤษฎีการปรับตัวของรอย มาใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล เพื่อเป็นการเสริมพลังและความรู้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ และจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทุก 1 สัปดาห์ พบว่าภายในเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 4 คะแนน เป็น 13 คะแนน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ภายในเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเดินโดยใช้อุปกรณ์การพยุงเดิน 4 ขาได้ (Walker)

สรุป กรณีศึกษาดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินและค้นหาปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ทันเวลา รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน และส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแล และเครือข่ายมีความรู้ในการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และลดปัจจัยในโอกาสการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดสมองแตก

Background

Stroke, a prevalent neurological ailment, stands as a significant contributor to both mortality and post-stroke disability, impacting not only the patient but also their family and resulting in economic losses. Consequently, effective healthcare management for stroke patients necessitates a comprehensive approach.

Beyond adhering to hospital-based treatment plans, it involves a holistic healthcare strategy facilitated by the nursing team. This approach places emphasis on engaging interdisciplinary teams and involving family members, ensuring close monitoring and preventative care to avert complications. Moreover, adequately preparing relatives to provide care at home proves instrumental in fostering the patient's survival and robust recovery.

Objective To study the process of nursing care for a cerebral hemorrhage stroke patient

Methods The researchers conducted a qualitative case study by selecting a patient diagnosed with cerebral hemorrhage within the catchment area of the Sawanpracharak Community Health Center. To gather comprehensive data, various methods were employed, including the review of outpatient medical records, conducting interviews with the patient and their relatives, undertaking home visit observations, and using health assessment forms based on Gordon's 11 functional health patterns.

Results The study revealed challenges encountered by both the patient and their relatives in providing adequate care at home, leading to a lack of confidence in caregiving. To address these issues, nursing planning incorporated theories such as Orem's theory of self-care deficit, the empowerment theory of Gibson, the participation theory of Cohen and Uphoff, and Roy's adaptation model. These theories served as guidelines to empower and educate the patient and family on proper and confident care for the individual with cerebral hemorrhage. Additionally, weekly follow-up visits conducted by interdisciplinary professional teams showed promising outcomes. Within one month, the patient demonstrated a significant improvement in their Barthel Index daily activity assessment score, increasing from 4 to 13 points, with no preventable complications observed. By the fourth month, the patient regained the ability to perform daily activities and walk independently with the assistance of a four-legged walker.

Conclusion This case study highlights the crucial role of nurses in assessing and identifying patient problems from the outset, leading to prompt and timely nursing care. This includes home visit follow-ups to ensure patients receive rehabilitative care, thereby reducing complications upon returning home. Furthermore, this approach promotes knowledge among family members, caregivers, and networks to provide rehabilitative care and reduce factors contributing to recurrent incidents.

Keyword: Nursing care, stroke patient, cerebral hemorrhage

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โดยเกิดจากการตีบแตกตันที่หลอดเลือดสมอง นำไปสู่การเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมองหรือรอยโรคสมองตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WSO) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วย 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และพบผู้ป่วยใหม่ 13.7 ล้านคน/ปีโดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประเทศไทยพบว่า

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ ปี 2559 - 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นจะคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปและต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย โรคหลอดเลือดสมองในรายการที่เป็นอัมพาตเรื้อรังใช้เวลาพักฟื้นนาน

ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นแผลกดทับ สำลักอาหาร เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้เกิดภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มากลับบ้านต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.

ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพจากการพยาบาล โดยมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในทางเดียวกันและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เครือข่ายสุขภาพ อสม.ในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และญาติได้รับการเตรียมความพร้อมทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตามความเหมาะสม และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงด้วย

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก : รายงาน จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องแบบองค์รวมและต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก

วิธีการศึกษา

1. กรณีศึกษาเชิงพรรณนาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral Hemorrhage) ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสวรรคคร์ประชารักษ์

2. ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วย การสังเกตขณะเยี่ยมบ้าน

3. โดยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาวิเคราะห์ปัญหา แล้วนำไปวินิจฉัยทางการพยาบาล

4. การวางแผนการพยาบาลโดยนำทฤษฎีความรู้ความพร้อม การดูแลตนเองของโอเรียม ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิฟสัน ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ และทฤษฎีการปรับตัวของรอย มาใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่วางแผน

5. ประเมินผลการพยาบาล

6. สรุปผลการพยาบาลและหาแนวทางพัฒนา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภูมิลำเนาจังหวัดนครสวรรค์

เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลสวรรคคร์ประชารักษ์ ระหว่างวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2566 ถึง วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ.2566

วินิจฉัยโรค โรคหลอดเลือดสมองแตกในตำแหน่งเบซิลแกงเกลียด้านซ้าย (Left Basal ganglion hemorrhage stroke)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยซึมลง แขนขาด้านขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยบ่นปวดศีรษะเป็นๆหายๆ มา 1 เดือน 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการซึม แขนขาด้านขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ไม่ซัก ญาติเรียก 1669 รับผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึม หายใจลำบาก ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก ไม่ทำตามคำสั่งแต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ไม่ส่งเสียง ม่านตาขยาย 2 มม. รูม่านตาหดเล็กลงเมื่อได้รับแสง (reactive to light both eyes) ความแข็งแรงของแขนขาด้านขวา (motor power Rt side) 0 คะแนน ไม่มีการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของแขนขาด้านซ้าย (motor power Lt side) 3 คะแนน สามารถยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ ความดันโลหิต 181/139 mmHg ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 186 mg% ค่าออกซิเจนในเลือด(SpO2) 96 % แพทย์ส่งตรวจสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Brain) พบภาวะเลือดออกในสมองบริเวณด้านซ้ายของเบซิลแกงเกลียด้านซ้ายจำนวน 30 ซีซี และมีการเคลื่อนของสมองจากแนวแกนกลาง (Intracranial Hemorrhage left Basal ganglion volume 30 ml with Midline shift Run neuro Fast tract) แพทย์พิจารณาให้นอนรักษาตัวที่ SUB ICU ศัลยกรรม และผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำก้อนเลือดออก (Craniotomy with hematoma removal) ในวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2566 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 และนัดติดตามอาการ 5 เดือน หลังจากกลับบ้านผู้ป่วยมีอาการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง โดยครั้งสุดท้ายมาด้วย

อาการหายใจเหนื่อย ซึมลงจากการมีเสมหะมาก แพทย์ให้การ รักษาแล้วอาการดีขึ้น ไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 23 มิถุนายน 2566 เพื่อรับการดูแลต่อที่บ้าน

รับผู้ป่วยมาดูแลต่อที่บ้านจากการส่งต่อผ่าน โปรแกรมเยี่ยมบ้าน Thai COC ในวันที่ 27 มิถุนายน 2566

สภาพแรกรับผู้ป่วยรูปร่างอ้วน รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง เจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ (On TT tube) และใส่สายอาหาร (NG tube) ประเมินความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก ไม่ทำตาม คำสั่งแต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ไม่ส่งเสียง ความแข็งแรงแขนขา ด้านซ้าย (Motor power Lt side) 5 คะแนน อยู่ในระดับปกติ ความแข็งแรงแขนด้านขวา (Motor power) 1 คะแนน กล้ามเนื้อมีการหดตัวแต่ไม่มีความเคลื่อนไหว ความแข็งแรง ขาด้านขวา (Motor power) 3 คะแนน สามารถยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ พลิกตะแคงตัวช่วยเหลือตัวเอง พอดี มีแผลกดทับระดับ 1 ซับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ บนเตียงได้ ความดันโลหิต 125/83 mmHg ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ค่าออกซิเจน ในเลือด (SpO₂) 92- 95% น้ำหนัก 160 กก. ส่วนสูง 170 ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI) 55.36

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

การวางแผนการพยาบาล

1. ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยวางแผนการ จำหน่ายร่วมกับพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนิน ของโรคและการดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวคลายความกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะตามความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- เกณฑ์การประเมิน**
1. ญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามหลัก DMETHOD ถูกต้อง
 2. ประเมินความวิตกกังวล ด้วยการสังเกตอาการและ อาการแสดง การซักประวัติ การใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล
- กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตามหลัก DMETHOD

2. ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเตรียมบ้าน ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. ให้คำแนะนำตามหลัก DMETHOD ดังนี้

Disease: ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการ รักษาพยาบาลภาวะเสี่ยงในการเกิดโรค

Medicine : การรับประทานยา การออกฤทธิ์และ ข้อควรระวังของยา การบดยาเพื่อให้ยาทางสายอาหาร

Environment : การจัดเตียง จัดห้อง อุปกรณ์ภายในห้อง

Treatment : การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ (Bed sore) การหกล้ม (Falling) ปอดอักเสบจาก เสมหะคั่งในปอด (Hypostatic pneumonia) แผลเจาะคอ (Tracheostomy) ติดเชื้อ

Health : การออกกำลังกายทางตรงและทางอ้อม (Passive/active exercise) เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและ ข้อต่าง ๆ ติด

Out patient : สัญญาณเตือนภาวะความดันใน กะโหลกสูง (warning sign IICP) หรือเมื่อมีอาการผิดปกติหรือ อาการแยกลงให้รีบมาโรงพยาบาลและโทร 1669 รวมถึงการ ตรวจตามนัดของแพทย์

Diet : การเตรียมอาหารปั่น และการให้อาหาร ทางสายยาง

ประเมินผลการพยาบาล

บุคคลในครอบครัว และผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตก กังวล มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามหลักDMETHOD ถูกต้อง

2. ระยะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ในสมองซ้ำเนื่องจากควบคุมความดันโลหิตไม่คงที่

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชักเกร็ง กระตุก

2. ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) ปกติ และ ความแข็งแรงของแขนขา (motor power) ไม่แย่งกว่าเดิม

3. สัญญาณชีพ (Vital sign) ปกติ ควบคุมความดันโลหิตไม่ให้ สูงกว่า 140/90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) และความแข็งแรงของแขนขา (motor power)
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของความดันโลหิต (Sign and symptom Hypertension)
3. ประเมินสัญญาณชีพ (Vital sign)
4. แนะนำญาติจัดทำศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง (cerebral blood flow)
5. แนะนำและทวนสอบเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากญาติ
6. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องรีบไปพบแพทย์ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว ชัก เกร็ง กระตุก

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ (On TT tube) และใส่สายอาหาร (NG tube) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก ไม่ทำตามคำสั่งแต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ไม่ส่งเสียงความแข็งแรงแขนขาด้านซ้าย (Motor power Lt side) 5 คะแนน อยู่ในระดับปกติ ความแข็งแรงแขนด้านขวา (Motor power) 1 คะแนน กล้ามเนื้อมีการหดตัวแต่ไม่มี ความเคลื่อนไหว ความแข็งแรงขาข้างขวา (Motor power) 3 คะแนน สามารถยกต้านแรงโน้มถ่วงได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ ความดันโลหิต 135/82 mmHg ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว ค่าออกซิเจนในเลือด SpO2 มากกว่า 95% อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง/นาที การหายใจไม่มีหายใจเร็ว แรง ลึก ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติให้ดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสียงครี๊ดคราด และเมื่อผู้ป่วยต้องการการดูดเสมหะ ใช้เวลาดูด 5 – 10 วินาทีเท่านั้น และหยุดพัก 20–30 วินาที เพื่อป้องกันการพร่องออกซิเจน

2. แนะนำญาติให้ผู้ป่วยมีการพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ
3. ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารปอด การเคาะปอดเพื่อขับเสมหะ
4. ประเมินญาติเกี่ยวกับการเคาะปอด / ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารปอด
5. ทำแผลเจาะคออย่างน้อยวันละ 2 ครั้งโดยทำช่วงเช้าและช่วงเย็น หรือทุกครั้งที่ทำปิดแผลเปียกชื้น ถ้าเชือกผูกท่อเป็นนครเปลี่ยนโดยใช้หลักผูกสายใหม่ให้เสร็จก่อนตัดสายเก่าออก เพื่อป้องกันท่อหลุดและผูกให้ปมอยู่ด้านข้างของลำคอเพื่อลดอาการเจ็บจากการนอนทับปม ไม่ผูกแน่นมากให้นิ้วสามารถผ่านได้และผูกเงื่อนตายเสมอ
6. ตรวจสอบสัญญาณชีพโดยเฉพาะการวัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินการติดเชื้อ

7. แนะนำญาติสังเกตอาการการหายใจของผู้ป่วย ถ้าพบมีการหายใจผิดปกติสามารถให้ความช่วยเหลือโดยการจับนอนศีรษะสูง ให้ออกซิเจน โทรเรียก 1669 เพื่อส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะอุดตัน ค่าออกซิเจนในเลือด SpO2 98 % หายใจ 22 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 บกพร่องกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาซีกขวาอ่อนแรง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL index) มีคะแนนเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อวางแผนกับเครือข่ายทีมสุขภาพและญาติฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม
2. สอนญาติเรื่อง การอาบน้ำบนเตียง การป้องกันอุบัติเหตุ การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive exercise และสอนญาติในการดูแลผู้ป่วย

3. ดูแลและจัดทำของร่างกายผู้ป่วยโดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพกและข้อต่าง ๆ ให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองมากขึ้น Barthel ADL index จาก 4 คะแนน เป็น 13 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจาก
กลืนลำบาก
วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่มีอาการสำลัก

เกณฑ์การประเมิน

การประเมินอาการขณะรับประทานอาหาร กลืนอาหาร
ได้ ไม่มีการสำลัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนญาติประเมินความพร้อมในการกลืน โดยการ
ทดสอบให้ทำ 3 spoon swallow test (โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำ
ครึ่งละ 1 ช้อนชา จำนวน 3 ครั้ง) ถ้าผู้ป่วยเริ่มกลืนได้ดีควรเริ่ม
ให้อาหารทางปาก

2. แนะนำญาติเรื่อง การจัดทำศีรษะสูง ก่อนให้อาหารแก่
ผู้ป่วย

3. ถ้าประเมินความพร้อมในการกลืนผ่านอาหารควรเป็น
โจ๊กชั้น สอนญาติวิธีป้อนอาหารและระวังการสำลัก โดยป้อนใส่
ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มข้างที่มีแรง และก้มหน้าเพื่อช่วยในการกลืน

4. ฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนคือกล้ามเนื้อปาก
และกล้ามเนื้อลิ้นร่วมกับนักกายภาพบำบัด โดยให้ผู้ป่วยหายใจ
ช้า ๆ แล้วกลืนหายใจก้มหน้ากลืนน้ำลายแล้วหายใจออกช้า ๆ
ให้ผู้ป่วยทำทุก 1 นาที จนครบ 10 นาที ใช้เวลาในการบริหาร
5 นาที และประเมินญาติเข้าใจในการฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ใน
การกลืน

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำลายไหลหรือมีอาหารไหลออกมา
จากปาก ไม่ไอขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ ไม่มีอาหาร
ติดคอ กลืนอาหารได้ ไม่มีการสำลัก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจาก
ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ทำให้มีแผลกดทับ
วัตถุประสงค์

เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่มีอาการของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลบวมแดง
มีน้ำหนองไหลจากแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนและท่านั่งที่ถูกต้อง โดยจัดให้นอนหงาย
ศีรษะสูง 30 องศา (หนุนหมอน 1 ใบ สูงประมาณ 3 นิ้ว) สลับ
กับนอนตะแคงลำตัวเอียงท่ามุม 30 องศา จัดท่านั่งให้ลำตัวตรง

หลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขา

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว หรือโหนตัว ยกกัน
บ่อย ๆ

3. ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกด เช่น ใช้ที่นอนฟองน้ำ
หรือที่นอนลม ใช้หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ เพื่อลด
แรงกดบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนเล็ก ๆ ของร่างกาย เช่น
หัวไหล่ ไบหู ข้อศอก ข้อมือ ส้นเท้า

4. นวดผู้ป่วยโดยเว้นกหนดบริเวณปุ่มกระดูกที่มีรอย
กดทับรอยแดง

5. ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล ทาโลชั่น
หลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้ง และภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
ทำความสะอาดด้วยสาลีชุบน้ำธรรมดา ซับผิวหนังให้แห้ง และ
ทาเคลือบผิวหนังบริเวณก้น สะโพก และขาหนีบ ด้วยโลชั่น
เพื่อป้องกันการระคายเคืองจากความเปียกชื้น

6. จัดที่นอนโดยผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยที่แห้ง
สะอาด และปูให้เรียบตึง

7. ใช้ Blue pad รองกันแทนการห่อหุ้มด้วยผ้าอ้อมผู้ใหญ่

8. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล โดย
สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ใน
โรงพยาบาล ดังต่อไปนี้ ตรวจดูลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่ม
กระดูกและบริเวณที่มีอาการชาว่ามีรอยแดง รอย ถลอก ตุ่มน้ำ
หรือไม่ ทุกวัน หลังอาบน้ำเช้า – เย็น การดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่
ถูกวิธี การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี พลิกตะแคง
ตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผิวหนัง ไม่ควรนั่งรถเข็น
ติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมงต่อวันและควรขยับเปลี่ยนท่าทุก 15-30
นาที ใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับ เช่น หมอนหรือผ้านุ่ม ๆ
รองบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ เบาะลมรองนั่งที่นอนลม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีไข้ แผลกดทับที่ก้นกบเป็นรอยแดง
ขนาด 1.5 ซม.ระดับ 1 ไม่มีหนอง อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส

สรุปผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทยมารพ. ด้วยอาการ ซึม หายใจลำบาก แขน
ขาต้านขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ไม่ซึก ระดับความรู้สึกตัว
(Glasgow coma score) 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง
ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก ไม่ทำตามคำสั่งแต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ไม่
ส่งเสียง ม่านตาขยาย (Pupil) 2 มม. รูม่านตาหดเล็กทั้งสอง
ข้างเมื่อได้รับแสง แขนขาต้านขวาอ่อนแรงยกไม่ได้ ความดัน
โลหิต 181/139 mmHg ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที

น้ำตาลในเลือด (DTX) 186 mg% ค่าออกซิเจนในเลือด SpO₂ 96 % แพทย์ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) พบภาวะเลือดออกในสมองบริเวณด้านซ้ายของเบซัลแกงเกลียจำนวน 30 ซีซี และมีการเคลื่อนของสมองจากแนวแกนกลาง จึงพิจารณาเข้าช่องทางด่วนของโรคหลอดเลือดสมอง (Intracranial Hemorrhage left Basal ganglion volume 30 ml with Midline shift Run neuro Fast tract) แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำก้อนเลือดออก (Craniotomy with hematoma removal) และนอนรักษาตัวที่ SUBICU ศัลยกรรม เป็นเวลา 1 เดือน 3 วัน อาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการ 5 เดือน หลังจากกลับบ้านผู้ป่วยมีอาการกลับมาอนรรพ.ซ้ำหลายครั้ง โดยครั้งสุดท้ายผู้ป่วยมาด้วยอาการหายใจเหนื่อย ซึมลงจากการมีเสมหะมาก แพทย์ให้การรักษาอาการดีขึ้น ไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ จึงจำหน่ายกลับบ้านเพื่อมารักษาต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel Index ได้ 4 คะแนน (ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้) พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยมีน้องสาวเป็นผู้ดูแล จึงประสานทีมเครือข่ายสุขภาพ อสม.รับผิดชอบครัวเรือนมาร่วมดูแลและได้ประเมินความรู้ความเข้าใจ เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกาย การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทุก 1 สัปดาห์ พบว่าภายในเวลา 1เดือน ผู้ป่วยมีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันตาม Barthel Index จาก 4 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 13 คะแนน ภายในเวลา 4เดือน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และเดินโดยใช้อุปกรณ์การพยุงเดิน 4 ขา (Walker)

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา วัชรสินธ์. (2560). *การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34 (3), 15-29.
- พรศิริ พันธสี. (2561). *กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ กระบวนการประยุกต์ใช้ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ พิมพ์อักษร.
- วิจิตรา กุสมภ์ และ สุลี ทองวิเชียร. (2562). *ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: กรณีศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ พี.เค.พรินท์ติ้ง.
- อรอนันท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทัศนวิสัยสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ : ธนอรุณการพิมพ์.
- Gordon M. *Nursing diagnosis: Process and application*. New York: McGrawHill Book Co ; 1982
- Gibson CH. *A concept analysis of empowerment*. *Journal of Advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Orem DE. *Nursing: Concepts of practice 4 th ed*. Philadelphia: Mosby-YearBook ; 1991

อภิปรายผลและสรุปผล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระยะเฉียบพลันและฟื้นฟู โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และระดับไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยตั้งแต่อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ควรมาพบแพทย์โดยเร็ว ภายใน 3 ชั่วโมง ทั้งการประเมินผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันที่มาโรงพยาบาล การประสานส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย การรับผู้ป่วยกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและการวางแผนการจำหน่าย โดยพยาบาลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน กับโรงพยาบาล ประสานทีมเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนดูแล ผลของการนำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และญาติมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้บริการและดูแลผู้ป่วยในชุมชนปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและคุกคามชีวิตผู้ป่วย
2. หลังจากประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (CVD risk) แล้วควรมีการติดตามในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการมอนิเตอร์ติดตามและส่งต่อให้ อสม. หรือพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ความดันโลหิต การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินตนเองเมื่อพบมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองต้องเข้ารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง

การพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชนโดยใช้การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนโดยชุมชนมีส่วนร่วม : กรณีศึกษา

Nursing Care of Paraplegia Patient using Functional Health Pattern with Community participation : Case Study

ดวงเดือน จิตเงิน

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Received : 19 December 2023, Received in revised form : 3 February 2024, Accepted : 22 February 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นแบบกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชน นำมาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา ส่งเสริม ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเพื่อเป็นกรณีศึกษาและข้อมูลแก่พยาบาลในชุมชน และบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างและสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกรณีศึกษาในครั้งนี้คือผู้ป่วยในชุมชนเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดช่องศรีศรีสิทธิวรารามที่มีภาวะอัมพาตครึ่งท่อนล่าง จำนวน 2 ราย เพศชาย อายุ 40 ปี เพศหญิงอายุ 56 ปี ศึกษาในช่วงเดือน มกราคม 2566–กันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านและจากเวชระเบียนตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ 1)ประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาล 2)นำข้อมูลที่ได้อาภิบาลวินิจฉัยทางการพยาบาล 3)วางแผนให้การพยาบาล 4)ปฏิบัติการพยาบาล 5)ประเมินผลการพยาบาล 6)เปรียบเทียบกรณีศึกษา 7)สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการเปรียบเทียบกรณีศึกษาสิ่งที่มีความเหมือนกันคือ เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างและเป็นผู้นำครอบครัวและมีปัญหาสุขภาพที่เหมือนกันคือ มีความเครียดวิตกกังวล พักผ่อนน้อย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก แผลกดทับ อากาศปวด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น หลอดเลือดอุดตัน กล้ามเนื้อลีบ อุบัติเหตุต่างๆ ปัญหาจากสิ่งแวดล้อม ความสามารถของผู้ดูแลหลักถดถอย และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ความต่างคือสาเหตุการบาดเจ็บที่ไขสันหลังจากถังแก๊สหล่นทับหลังและไขสันหลังอีกเสบจากการติดเชื้อ ระดับการศึกษา ป.6 กับปริญญาตรี สถานภาพ อาชีพ มีความขัดแย้งในชุมชน ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บริบทที่ต่างกัน การศึกษาได้นำความรู้การพยาบาลบาดเจ็บไขสันหลัง การพยาบาลครอบครัว การพยาบาลจิตเวช ทฤษฎีการพยาบาล มาวางแผนและแก้ปัญหา สามารถแก้ไขสำเร็จและบางปัญหายังต้องติดตามต่อเนื่อง สิ่งสำคัญในการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ คือการได้รับความร่วมมือจากชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ข้อเสนอแนะ คือ 1) ควรพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชน และ 2) ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครบทั้ง 4 มิติ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ตัวอย่างเช่น สมานิบำบัด การจัดการความเครียด เป็นต้น เพื่อยกระดับผลลัพธ์การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาลอัมพาตครึ่งท่อนล่าง,การบาดเจ็บไขสันหลัง,ไขสันหลังอักเสบ

Abstract

A case study has the educational objectives. To study knowledge about paraplegia in the community and compare case studies to promote and prevent it. The occurrence of complications and recovery through community participation and to provide case studies and information to nurses in the community. and personnel in related interdisciplinary fields understand the problems of paraplegia patients and can use them to develop nursing guidelines to be more effective. The sample group used in this case study were two patients in the community in the area of responsibility of the Wat Chong Kiriisrisitthiwararam Community Health Center who were paraplegia, a male aged 40 years and a female aged 56 years. Study during January

2023 - September 2023. Collected data from home visits and medical records according to the nursing process as follows: 1) Assess problems and nursing needs. 2) Use data obtained to make nursing diagnoses. 3) Plan nursing care. 4) Nursing practice. 5) Evaluate nursing results. 6) Compare case studies. 7) Conclusions and recommendations. The results of comparing the case studies are the same. That both cases are paraplegia patient and are family leaders and have the same health problems. Stress and anxiety, lack of rest, urinary tract infections, constipation, pressure sores, pain, complications that may occur such as clogged arteries, muscle atrophy, Various accidents Problems from the environment The primary caregiver's abilities deteriorated. and the community participates in taking care of the differences caused spinal cord injury by a gas tank falling on one's back and transverse myelitis by spinal cord infection. Education level: Grade 6 and Bachelor's degree, occupational status There is conflict in the community. Knowledge about health conditions different contexts Apply nursing knowledge for spinal cord injuries, family nursing, psychiatric nursing, Nursing theory to plan .Problems can be solved successfully and some problems still need to be followed up. The important thing in taking care of these two case studies is getting cooperation from the community. The community is well involved in patient care. Suggestions 1) Nursing competency should be developed. In caring for paraplegia patients in the community 2) Promote personnel to have knowledge about caring for patients' mental conditions. To help patients in all 4 dimensions: physical, mental, social and spiritual. For example, meditation therapy, stress management, etc. in order to improve the results of effective care.

Keywords : Paraplegia nursing, Spinal cord injury, Transverse myelitis

บทนำ

อัมพาตครึ่งท่อนล่าง (paraplegia) ภาวะของขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เป็นภาวะที่เกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลังส่วนระดับออกลงมา มีสาเหตุการเกิดหลายอย่าง ที่พบบ่อยเกิดจากเกิดอุบัติเหตุโดยตรงต่อไขสันหลัง ทำให้กระดูกสันหลังบาดเจ็บหรือมีการแตกของกระดูกไปกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง หรือเกิดจากโรคมะเร็งโดยมีก้อนเนื้อไปกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง เป็นต้น รวมทั้ง การติดเชื้อ ไวรัส ต่างๆ เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา หลุดเข้าไปในไขสันหลังไปทำลายระบบประสาทหลังจนทำให้เกิดภาวะอัมพาตครึ่งท่อนล่าง มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (Secondary condition) และอาจนำไปสู่การคุกคามชีวิตของผู้ป่วย (life-threatening) ความรุนแรงที่เป็นปัญหาความผู้ป่วยมากที่สุด คือ ผลกระทบต่อระบบหายใจ ระบบไหลเวียนหลอดเลือดและระบบควบคุมการขับถ่าย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection: UTI) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึก (Deep vein thrombosis: DVT) แผลกดทับ (Pressure ulcer) กระดูก

พรุน (Osteoporosis) และอาการปวดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนสำคัญของการเสียชีวิตในช่วง 6-12 เดือนแรกหลังเกิด spinal cord injury ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ปัญหาหัวใจและหลอดเลือด และการติดเชื้อในกระแสเลือด การเสียชีวิตในระยะแรกของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) ส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บระดับคอ และมีปัญหา ระบบประสาทไขสันหลังบกพร่องอย่างรุนแรง

นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยแล้ว ความพิการที่หลงเหลืออยู่ยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตลดลง คือหากมีภาวะซึมเศร้ามาก คุณภาพชีวิตยิ่งไม่ดี และอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย spinal cord injury สูงกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า (สุภาพ เอื้ออารีย์, 2564, น. 278) Krause และคณะ ประเมินว่าร้อยละ 42 ของผู้พิการจากไขสันหลังบาดเจ็บ มีภาวะซึมเศร้า พบบ่อยเป็น 4 เท่าของประชากรทั่วไป (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2558, น. 360) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดในการฆ่าตัวตาย (suicidal ideas) นอกจากนี้การ

เจ็บป่วยด้วย spinal cord injury ยังส่งผลกระทบต่อและภาวะทางเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่วงแรก เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตผู้ป่วยนั้นจะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการปฐมพยาบาล รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรค การรักษาที่ถูกต้อง เพื่อลดอัตราการตายและความพิการได้ผลจากการรักษาและการพยาบาลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติในอนาคต บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค มีความเชี่ยวชาญในการประเมินอาการที่ถูกต้อง แม่นยำ สามารถให้คำแนะนำญาติ สอนญาติ โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานความร่วมมือให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างเพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชน ในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชนนำมาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา ส่งเสริม ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นกรณีศึกษาและข้อมูลแก่พยาบาลในชุมชน และบุคลากรใน สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างและสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชนเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดช่องศรีศรีสิทธิวราราม ที่มีภาวะอัมพาตครึ่งท่อนล่าง ที่มีสาเหตุต่างกันจำนวน 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 เกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลังจากอุบัติเหตุถังแก๊สขนาดใหญ่หล่นทับหลัง กรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากไขสันหลังอักเสบจากการติดเชื้อที่ไขสันหลัง ทำให้เกิดภาวะอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (paraplegia) ระหว่างเดือน มกราคม 2566 - กันยายน 2566 โดยการเยี่ยมบ้านและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ 1) ประเมินปัญหา และความต้องการการพยาบาล 2) นำข้อมูลที่ได้มาวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) วางแผนให้การพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาลที่วางแผนไว้ 5) ประเมินผลการพยาบาล 6) เปรียบเทียบ

กรณีศึกษา 7) สรุปและข้อเสนอแนะ โดยการนำทฤษฎีต่างๆมาใช้ตามบริบทของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เช่น ทฤษฎีความพร้อม การดูแลตนเองของโอเรียม ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลัน ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ มาใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล

อัมพาตครึ่งท่อนล่าง (Paraplegia) หมายถึง ความบกพร่องหรือหายไปของประสาทสั่งงานและ/หรือประสาทรับความรู้สึกของไขสันหลังระดับทรงอก เอว และกระเบนเหน็บ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2558, น. 17) เป็นการบาดเจ็บที่ไขสันหลังชนิดสมบูรณ์ที่ทำให้ไขสันหลังสูญเสียหน้าที่ทั้งหมดเป็นอัมพาตเฉพาะท่อนล่างแต่แขนยังทำงานได้ตามปกติ (ไสว นรสารและพิรญา ไส้ไหม, 2559, น. 191)

การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) หมายถึง การบาดเจ็บไขสันหลังมีรอยโรคเกิดขึ้นที่ไขสันหลังอาจเกิดจากอุบัติเหตุต่อตัวไขสันหลังโดยตรง เช่น กระดูกสันหลังหัก กระสุนปืน หรือเกิดจากโรค เช่น การติดเชื้อที่ไขสันหลัง ช่องโพรงกระดูกเสื่อมกดเบียดไขสันหลัง หรือเนื้องอกที่ไขสันหลังเป็นต้น (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2560, น. 2)

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บไขสันหลัง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บไขสันหลังแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

1. การบาดเจ็บปฐมภูมิ เกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง มีการฟกช้ำ บางส่วนอาจฉีกขาด หรือถูกตัดขาด จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากกระดูก เอ็นกระดูกเป็นต้น

2. การบาดเจ็บทุติยภูมิ อาจเริ่มทันทีหลังไขสันหลังได้รับบาดเจ็บและต่อเนื่องไปหลายวัน เนื้อเยื่อไขสันหลังถูกทำลาย ไขสันหลังบวมหรือมีเลือดออกขยายวงกว้างออกไป ภาวะเลือดออกพบได้ชัดเจนในเนื้อสีเทาของไขสันหลัง เนื่องจากส่วนนี้มีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก เซลล์เยื่อหุ้มสมองหลุดลอดด้านใน ถูกทำลายสารน้ำรั่วจากเซลล์ เซลล์เกิดการบวมเพิ่มขึ้น แบ่งออกเป็นระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง ระยะเรื้อรัง

2.1 ระยะเฉียบพลัน เกิดขึ้นใน 72 ชั่วโมงแรก ไขสันหลังมีเลือดออก ร่างกายปล่อยสารอนุมูลอิสระ เกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันของลิปิด ซึ่งเป็นการออกซิเดชัน ระหว่างออกซิเจนและลิปิด รวมทั้งเซลล์เม็ดเลือดขาวมีการหลั่งสารไซโตไคน์เกี่ยวข้องกับการอักเสบของเซลล์ ส่งผลให้กระบวนการแลกเปลี่ยนสารของเซลล์เสียไป เซลล์เกิดการตายจากขาดเลือดและเหี่ยวตาย

2.2 ระยะกลาง อาจเกิดในระยะเวลาเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์หลังบาดเจ็บ กระบวนการอักเสบดำเนินอย่างต่อเนื่อง มีการซ่อมแซมผนังหลอดเลือด มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท และเกิดภาวะหดเกร็ง

2.3 ระยะเรื้อรัง เกิดขึ้นในระยะเวลาเป็นเดือนถึงปีหลังบาดเจ็บ ระยะนี้มีการสร้างสารน้ำ เซลล์บวม และเกิดการตายของเส้นประสาท จากการที่เส้นประสาทที่ถูกตัดขาดจากนิวเคลียสจะเสื่อมสลายและถูกทำลายโดยกรในระยะเวลาจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมา (สุภาพ อารีเอื้อ, 2564, น. 272)

สำหรับการบาดเจ็บหลอดเลือด/การอักเสบ การบาดเจ็บของหลอดเลือดและอักเสบของไขสันหลัง จะแตกต่างจากการอักเสบของเนื้อเยื่ออื่นๆ เช่น ผิวหนัง หรือกระดูก เป็นต้น เมื่อเกิดการบาดเจ็บ เซลล์บุผนังหลอดเลือดถูกทำลาย ซึ่งเป็นกระบวนการแรกของการอักเสบของไขสันหลัง ซึ่งจะเกิดภายใน 15 นาที ภายหลังไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ และส่งผลให้เนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงถูกทำลาย เกิดการบวมของเซลล์ กระบวนการอักเสบของการอักเสบของการบาดเจ็บไขสันหลังยังเกี่ยวข้องกับการทำงานของหลายส่วน โดย microglia ซึ่งเป็นเซลล์ชนิดหนึ่งในระบบประสาทมีบทบาทสำคัญในระบบประสาทส่วนกลาง จะเข้าสู่บริเวณบาดเจ็บ มีหน้าที่คล้ายกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดแมคโครฟาจ คือจับกินเซลล์ที่ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายในขณะเดียวกันเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลจะถูกหลั่งเข้าสู่การบาดเจ็บเช่นเดียวกันเพื่อยับยั้งสารแปลกปลอมและเพิ่มการไหลเวียนเลือด ส่วนเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ทำหน้าที่ช่วยกระตุ้นการหลั่งสารต่อต้านเซลล์แปลกปลอมในร่างกาย การทำงานของเซลล์เหล่านี้จึงอาจพบได้เมื่อไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ แต่ระยะเวลาอาจแตกต่างกันไป ซึ่งใช้เวลาเป็นเดือนหลังการบาดเจ็บไขสันหลัง (สุภาพ อารีเอื้อ, 2564)

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ชายไทย อายุ 40 ปี วันที่รับไว้ในความดูแล 8 กุมภาพันธ์ 2566

ประวัติการเจ็บป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการอัมพาตครึ่งท่อนล่างแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนบนเตียง แขน 2 ข้าง กำลังปกติ ขา 2 ข้าง ไม่ขยับ ขาลีบ ข้อเท้าตก คาสายสวนปัสสาวะไว้ น้ำปัสสาวะเหลืองขุ่นมาก มีตะกอน มีอาการ ไข้หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น มีไข้ต่ำๆ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 145/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ

18 ครั้งต่อนาที เมื่อให้ผู้ป่วยพลิกตัว สังเกตเห็นแผลกดทับลึก ระดับ 3 และมีน้ำปัสสาวะไหลซึมลงผ้าอ้อมสำเร็จรูป ตรวจร่างกายพบว่าท้องโป่งตึง คลำพบน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ ที่ปลายอวัยวะเพศมีแผลดั่งรังจากการใส่สายสวน บริเวณรอบๆองคชาติมีเมือก คราบสกปรกติดค่อนข้างมาก **การวินิจฉัย การรักษา สภาวะขณะรับไว้ในความดูแล**

ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุถึงแก๊สขนาดใหญ่หล่นทับหลัง แพทย์วินิจฉัยว่า Closed fracture dislocation of T10-T11 with cord compression (กระดูกสันหลังหักและเคลื่อนตำแหน่งกระดูกหน้าอกที่ 10-11 และมีการกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง) ได้เข้ารับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และพักฟื้นที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นาน 7 วัน เมื่อพ.ศ.2560 และได้กลับมาพักฟื้นที่บ้านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Spinal cord injury at T10-T11 level with paraplegia (การบาดเจ็บที่ไขสันหลังตำแหน่งที่กระดูกหน้าอกที่ 10-11และทำให้เกิดภาวะอัมพาตครึ่งท่อนล่าง) มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากการบาดเจ็บครั้งนี้ผู้ป่วยตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มอีกโรค รับไว้ในความดูแลของผู้ศึกษาด้วยเรื่อง มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 145/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที แขน 2 ข้าง กำลังปกติ ขาสองข้างไม่ขยับ ปลายเท้าตก มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 3 คาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะขุ่นมาก เป็นตะกอน ปัสสาวะไหลซึมลงผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ปลายอวัยวะเพศมีแผลดั่งรังจากการใส่สายสวน รอบ ๆ องคชาติมีคราบสกปรกติดค่อนข้างมาก คลำพบน้ำปัสสาวะในกระเพาะ แผนการรักษา เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ รายงานแพทย์ เก็บปัสสาวะส่งตรวจ ให้ยาปฏิชีวนะ ผลตรวจปัสสาวะพบ ปัสสาวะ ขุ่น พบเม็ดเลือดขาว 20-30 cell/hpf แบคทีเรียในปัสสาวะจำนวนมาก แสดงถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ดูแลให้ยา Norfloxacin ขนาด 400 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า ยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดเวลามีอาการปวด หรือใช้ตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ 2-3 ลิตร/วัน ในขณะที่เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะให้ พบว่า สายอุดตันมีตะกอนที่สายสวนค่อนข้างมากจึงเปลี่ยนสายสวนใช้สายสวนเบอร์ 18 น้ำปัสสาวะไหลดี ทำให้หน้าท้องลดอาการโป่งตึง

แนะนำทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านและเก็บปัสสาวะส่งตรวจซ้ำผู้ป่วยอาการติดเชื้อดีขึ้นไม่มีไข้ ตลอดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 8 เดือนผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2 ครั้ง ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัวหลังจากเกิดอุบัติเหตุทำให้ตนเองพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้จึงไม่มีและที่สำคัญผู้ป่วยมีลูกที่มีปัญหาในด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ อีก 2 คน และคนที่ทำให้ผู้ป่วยคิดมาก เครียดวิตกกังวล ก็คือลูกชายที่เอาแต่ใจตนเอง ทำร้ายตนเอง และคนอื่น ๆ และมีปัญหากับเพื่อนๆ ในชุมชน ทำให้คนในชุมชนหวาดระแวง ภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยก็มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและการเรียนรู้เช่นกันแต่สามารถดูแลตนเองได้ ในระหว่างดูแลผู้ป่วยได้ส่งภรรยาไปพบจิตแพทย์เพื่อประเมินเรื่องสติปัญญาและการเรียนรู้ผลซึ่งพบว่าภรรยามีอาการทางจิตร่วมด้วยต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินทั้งยาฉีดและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ภรรยาผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ คอแข็ง ลิ้นแข็งตัวสั้น เกร็งตลอดเวลาไม่สามารถดูแลตนเอง ลูกและสามีได้เช่นเดิม ในช่วงที่ภรรยารักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมลูกชายให้รับประทานยาและฉีดยาจิตเวชได้ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเครียดมากนอนไม่หลับกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q = 2 (เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ต้องประเมิน 9 Q ต่อ) ประเมิน 9Q = 14 คะแนน (มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง) ประเมิน 8Q=1 คะแนน (มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย) สอบถามอาการผู้ป่วยเครียด พบว่าถ้าตนเองไม่ป่วยก็คงไม่เกิดปัญหานี้ในครอบครัว ตายไปคงดี ผู้ป่วยรู้สึกโทษตัวเองที่ทำให้ครอบครัวต้องเผชิญปัญหาแบบนี้ ซึ่งแต่ก่อนนี้ผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องกรรมเวรเพราะตนเองชอบตกปลา ฆ่าสัตว์แต่ตอนนี้ กลับคิดโทษตัวเอง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ให้ยา Sertraline ขนาด 50 มิลลิกรัมรับประทานจำนวน 1 เม็ดหลังอาหารเช้า จากนั้นอาการทางสุขภาพจิตดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ท้องผูกปวดจุกท้องเป็นระยะ ๆ ได้รับยา Simethicone ขนาด 80 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลา เคี้ยวก่อนกลืน ยา Milk of Magnesia รับประทานครั้งละ 15 ซีซี ก่อนนอน ยา Lorazepam ขนาด 0.5 มิลลิกรัม รับประทาน

1 เม็ดก่อนนอน และในช่วงทำยารักษาดูแลผู้ป่วย ลูกสาวคนโตของผู้ป่วยที่แยกครอบครัวไปมีลูกสาว 1 คนได้เลิกอยู่กับสามีและกลับบ้านมาอยู่ด้วยแต่อยู่กับมารดาผู้ป่วย ไม่มีงานทำจึงทำให้เพิ่มภาระทางครอบครัวอีกทาง ปัญหาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 นี้ นอกจากมีภาวะทางกายที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตแล้ว ผู้ป่วยมีภาวะทางสุขภาพจิตร่วมด้วย ทั้งตนเองและครอบครัว และมีความขัดแย้งกันระหว่างคนรอบข้าง พี่ชาย น้องชาย และมารดา ตลอดจนส่งผลให้เกิดปัญหาในชุมชน ผู้ทำการศึกษาจึงจำเป็นที่จะต้องค้นหาแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ โดยได้รับความสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐหน่วยงานอื่น มาร่วมช่วยแก้ไข ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยรายนี้ เราได้ชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในการดูแล โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : อสม. เป็นผู้ประสานงานต่าง ๆ ระหว่าง ผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ประชาชนในชุมชน ประธานชุมชน และหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่เข้ามาช่วยเหลือให้มีความเข้าใจตรงกัน ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น รวมทั้งจัดหาสิ่งของต่างๆช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น อาหารที่เหลือจากการบิณฑบาตของพระวัดช่องศรีฯ นำมาให้ครอบครัวผู้ป่วยไว้รับประทาน เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย มีการประชุมกลุ่มในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย ให้ประชาชนในชุมชนรับทราบและเข้าใจปัญหาช่วยลดการขัดแย้งในชุมชนได้

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี วันที่รับไว้ในความดูแล 25 มกราคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการอัมพาตครึ่งท่อนล่างเพื่อเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะตามกำหนด มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก ปวดแขนทั้งสองข้าง แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหายใจปกติ ไม่มีไข้ บ่นปวดเกร็งกล้ามเนื้อ แขนทั้ง 2 ข้าง ปวดไหล่ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที แขน 2 ข้าง กำลังปกติ ขาสองข้างไม่ขยับ มีอาการเกร็งกระตุกเป็นช่วงๆ ปวดแขนทั้งสองข้าง มีแผลกดทับบริเวณก้นกบแผลลึกระดับ 2 แผลมีสิ่งคัดหลังสีเหลืองใสเล็กน้อย ขนาด 2 เซนติเมตร ไม่มีกลิ่น ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สามารถยกตัวเองลงรถเข็นและสามารถขึ้นเตียงได้ มีการออกกำลังกายอยู่บ่อยๆ ในระหว่างเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยมีอาการเกร็งกระตุกที่ขาทั้งสองข้างเข้าหาตัว

การวินิจฉัย การรักษา สภาวะขณะรับไว้ในการดูแล

กรณีศึกษาที่ 2 ก่อนรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ไขสันหลังอักเสบจากการติดเชื้อ (Transverse myelitis) ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 และกลับมาฟื้นฟูที่บ้านได้มีการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รับไว้ในการดูแลครั้งนี้เนื่องจากครบกำหนดเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหายใจปกติ ไม่มีไข้ บ่นปวดเกร็งกล้ามเนื้อแขนทั้ง 2 ข้าง ปวดไหล่ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที แขน 2 ข้าง กำลังปกติ ขาสองข้างไม่ขยับ มีอาการเกร็งกระตุกเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยมีอาการปวดแขนทั้งสองข้าง มีผลกดทับบริเวณก้นกบ ผลลึกระดับ 2 ผลมีสิ่งคัดหลั่งสีเหลืองใส เล็กน้อย ขนาด 2 เซนติเมตร ไม่มีกลิ่น ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่นมารับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ได้แก่ Gabapentin ขนาด 100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ยา Vit B1-6-12 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ยา Baclofen ขนาด 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และ Tolperisone ขนาด 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น แผนการรักษาผู้ป่วยรายนี้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง จากการติดตามดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นระยะเวลา 10 เดือน ผู้ป่วยมีการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ แขน ไหล่ทั้ง 2 ข้าง และมีอาการเกร็งกระตุกเข้าหาตัวเป็นระยะๆ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ครั้ง เก็บปัสสาวะส่งตรวจพบว่า ปัสสาวะ ชุ่น เม็ดเลือดขาว 5-10 cell/hpf, พบเชื้อแบคทีเรีย แสดงถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ดูแลให้ยา Ofloxacin ขนาด 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหาร เข้า เย็น ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ซึ่งพ่อผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พ่อช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และมารดาป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และมีความพิการหลังค่อมเดินตัวอหลังเกือบขนานกับพื้น และเหนื่อยง่าย บิดาผู้ป่วยมีอาการเส้นเลือดสมองตีบซ้ำ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง

ได้ แม่ผู้ป่วยไปเฝ้าที่โรงพยาบาล เลยทำให้เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยซ้ำหลายชั่วโมง นั่งทำงานนาน จนทำให้ผลกดทับที่มีอยู่เดิมเพียงเล็กน้อยมีกลิ่น และแผลขยายมากขึ้นกว่าเดิม โดยปกติมารดาผู้ป่วยเป็นคนดูแลพ่อและผู้ป่วย หลังจากพ่อมีอาการเส้นเลือดสมองตีบซ้ำติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มารดาจึงรับภาระในการดูแลมากขึ้น และมักจะบ่นและร้องไห้เวลาไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเป็นหวงบิดาและสงสารมารดาที่ต้องเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น จึงต้องมาดูแลบิดาแทนมารดามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากตนเองต้องช่วยดูแลบิดาให้เรียบร้อยก่อนถึงจะสามารถทำงานได้ จึงทำให้ออนตัก ผู้ป่วยมีอาการมีไข้ ไอเจ็บคอตรวจร่างกายพบว่าคอแดงไม่มีหนอง ทำการตรวจโรคโควิด 19 ผล ไม่พบเชื้อ ดูแลให้ได้รับยา Ambroxal รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ยาแก้ไอชนิดน้ำมะขามป้อม จิบเวลาไอ และยา Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลาที่มีไข้หรืออาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง แนะนำดื่มน้ำมากๆ หลีกเลี่ยงอาหารกระตุ้นการไอ พักผ่อนมากๆ ผู้ป่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อแขนและไหล่เป็นระยะๆ ทำใบส่งตัวไปรับยาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยผู้ดูแลไปรับยาแทน การดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ได้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเช่นกัน โดย อสม.เป็นคนประสานงานต่างๆระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในการรับยาแทน เบิกวัสดุอุปกรณ์ทำแผลของผู้ป่วยและของบิดาผู้ป่วยเป็นตัวกลางในการประสานกับวัดสุวรรณคีรีช่วยเหลือมอบข่าวสารอาหารแห้งให้กับผู้ป่วย รวมทั้ง ส่งคนมาช่วยเหลือพร้อมยานพาหนะคอยอำนวยความสะดวกในการไปทำกิจกรรมต่างๆนอกบ้าน สมาคมฉีฉีมีการระดมเงินออมและมามอบให้กับผู้ป่วยเพื่อไว้ใช้ มีผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมาดูแลบิดาผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จากการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้สามารถนำมาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>เพศ ชายอายุ 40 ปี</p> <p>สถานภาพ สมรส</p> <p>การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6</p> <p>วินิจฉัยโรค Closed fracture dislocation of T10-T11 with cord compression</p> <p>การผ่าตัด laminectomy thoracic 10-11 with pedicle screw fixation</p> <p>สภาพผู้ป่วย วันที่รับไว้ในความดูแล อาการไข้นิวาสั่น ปัสสาวะขุ่น อาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ต่ำๆ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 145/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที แขน 2 ข้าง กำลังปกติ ขาสองข้างไม่ขยับ ปลายเท้าตก มีแผลกดทับที่ก้นกบ ลีกระดับ 3 คาสายสวนปัสสาวะไว้ น้ำปัสสาวะเหลืองขุ่นมาก มีตะกอน ไหลซึมออก ท้องโป่งตึง คลำพบน้ำปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - บทบาทในครอบครัว ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก - อาชีพ ไม่มีการประกอบอาชีพ - สมาชิกในครอบครัว ภรรยา มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและการเรียนรู้ แต่พอดูแลครอบครัวได้หลังจากได้รับยาจิตเวชดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ไม่ดี ลูกสาว และ ลูกชาย มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและการเรียนรู้เช่นกัน ผู้หญิงดูแลตนเองได้ ส่วนผู้ชายเอาแต่ใจตนเอง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นบางครั้ง - ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลูกทั้ง 2 คนทะเลาะกันบ่อย มารดาของผู้ป่วยซึ่งอยู่บ้านติดกันไม่พูดกัน พี่น้องของผู้ป่วยบ้านติดกันทะเลาะไม่พูดกัน 	<p>เพศ หญิง อายุ 56 ปี</p> <p>สถานภาพ โสด</p> <p>การศึกษา ครุศาสตร์บัณฑิตเอกภาษาอังกฤษ และ นิติศาสตร์บัณฑิต</p> <p>วินิจฉัยโรค Transverse myelitis with paraplegia</p> <p>การผ่าตัด -</p> <p>สภาพผู้ป่วย วันที่รับไว้ในความดูแล รู้สึกตัวดี มีอาการชาขาทั้งสองข้างและปวดไหล่และแขน กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ไม่มีไข้ 36.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที แขน 2 ข้าง กำลังปกติ ขาสองข้างไม่ขยับ มีอาการเกร็งกระตุกเป็นพักๆ แผลกดทับบริเวณก้นกบ คาสายสวนปัสสาวะไว้ น้ำปัสสาวะสีเหลืองใส</p> <p>ข้อมูลครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - บทบาทในครอบครัว มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก หลังจากบิดามีอาการเส้นเลือดสมองตีบซ้ำ ติดเตียง ผู้ป่วยดูแลบิดามากขึ้น - อาชีพ ทำงานฝีมือต่างๆ เช่น พวงกุญแจ ดอกไม้ เหยียดโปรยทาน เป็นต้น - สมาชิกในครอบครัว มารดาป่วยเป็นโรคหัวใจ และมีความพิการหลังค่อมเกือบขนานกับพื้น บิดา เป็นผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ - ความสัมพันธ์ในครอบครัว รักกันดี มารดาผู้ป่วยมีอาการน้อยใจบ้างเวลาผู้ป่วยพูดเสียงดัง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสภาพปัญหาผลกระทบจากความเจ็บป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ปัญหา/ผลกระทบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ด้านร่างกาย Physical/ คุณภาพชีวิต/quality of life	1. มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกายและการดูแลตนเอง เนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง	1. มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกายและการดูแลตนเองเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรงจากอัมพาตครึ่งท่อนล่าง
	2. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	2. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
	3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาทั้งสองข้าง	3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดไหล่ แขน ทั้งสองข้าง และมีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก
	4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจุกท้อง	4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจุกท้องและ ท้องผูกไม่ถ่ายอุจจาระมา 2 วัน
	5. ท้องผูกเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงจากอัมพาตครึ่งท่อนล่าง	5. ท้องผูกเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงจากอัมพาตครึ่งท่อนล่าง
	6. มีหนังสูญเสียหน้าที่มีแผลกดทับ ผื่นคันเนื่องจากเป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่าง	6. มีหนังสูญเสียหน้าที่มีแผลกดทับ เนื่องจากสูญเสียการเคลื่อนไหวเป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่าง
	7. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว	7. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบิดา
จิตสังคม (Mental/Emotional and Social effect)	1. ความรู้สึกคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเจ็บป่วยและสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง - ไม่สามารถเป็นผู้นำครอบครัวและแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว - สูญเสียความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์	1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกทุกคนในครอบครัว และภาวะเศรษฐกิจ - มารดามีภาวะพิการหลังคลอด - ไม่สามารถช่วยเหลือมารดาในการดูแลบิดาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ - ทำงานหารรายได้ดูแลครอบครัวได้น้อย
	2. มีความขัดแย้งภายในครอบครัวและชุมชนเนื่องจากมีความผิดปกติของสุขภาพจิต - มีบุตร 2 คนเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง - การเผชิญความเครียดของสมาชิกทุกคนไม่มีประสิทธิภาพ - มีความขัดแย้งกับเพื่อนบ้านในชุมชน - ชุมชนไม่ไว้วางใจกลัวบุตรผู้ป่วยอาละวาดหรือทำร้ายร่างกาย	
ภาวะแทรกซ้อน/ความ พิการเพิ่มขึ้น	1. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันจากลิ้มเลือดเนื่องจากขาสองข้างไม่สามารถขยับได้เป็นผลจากอัมพาตครึ่งท่อนล่าง	1. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันจากลิ้มเลือดเนื่องจากขาสองข้างไม่สามารถขยับได้เป็นผลจากอัมพาตครึ่งท่อนล่าง
	2. มีภาวะกล้ามเนื้อขาลีบข้อเท้าสองข้างยึดติด และปลายเท้าตกเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว	
	3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หน้ามืดเป็นลมเนื่องจากเปลี่ยนอิริยาบถและการนอนในท่าราบนานๆ	2. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ จากการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเองโดยพยุงตัวเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงลงรถเข็นและจากรถเข็นขึ้นเตียง - มีอาการกล้ามเนื้อขาสองข้างเกร็งกระตุก - บริเวณหน้าบ้าน มีทางต่างระดับ
ปัญหาอื่นๆ	เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อและการได้รับสารพิษหรืออันตรายจากสัตว์มีพิษในครอบครัวเนื่องจากสภาพแวดล้อมในบ้านรกไม่สะอาด	เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อที่เป็นอันตรายเนื่องจากมีร่องน้ำขังและอ่างน้ำขนาดใหญ่ในห้องน้ำ

สรุปผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ได้ปฏิบัติทางการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้วางแผนการพยาบาลตามข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้แบบแผนสุขภาพประเมินพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาอย่างไรบ้างตามตารางเปรียบเทียบด้านบน

นำทฤษฎีความรู้เรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือกรณีศึกษาทั้ง 2 รายทำให้ทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเองผ่านการประเมินภาวะสุขภาพทำให้ทราบว่า มีจุดอ่อน จุดแข็ง สิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นำมาวางแผน ส่งเสริม สนับสนุน ความสามารถในการดูแลตนเองของทั้ง 2 ราย (ดร.อรอนันท์ หาญยุทธ, 2565, น 33) ตัวอย่าง เช่น ทำให้ทราบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความพร้อมในการดูแลตนเองจากการที่เป็นอัมพาตครึ่งท่อนล่าง ทำให้ทราบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีจุดอ่อนมีสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสติปัญญาและการเรียนรู้ ครอบครัวไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ มีความขัดแย้งในครอบครัวและชุมชนแต่ก็มีจุดแข็งที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประชุมหาแนวทางช่วยเหลือเพื่อลดการขัดแย้ง จัดหาสิ่งของต่างๆให้ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่าย

นำทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ กล่าวคือบุคคลมีความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต ประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย ความปลอดภัย ด้านความรักและการยอมรับ การนับถือตนเองและการได้รับการเคารพจากผู้อื่น การเข้าถึงศักยภาพแห่งตน (อรอนันท์ หาญยุทธ, 2565, น. 107-108)ให้ทราบถึงความต้องการของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายว่าต้องการอะไร และสามารถช่วยเหลือความต้องการได้อย่างไร

นำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาประยุกต์ใช้ว่าด้วยบุคคลเป็นระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กันของ ร่างกาย จิตใจและสังคม ปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลระหว่างระบบเหล่านี้กับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่สามารถปรับได้อย่างพอเพียง กำหนดหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยเหลือกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและออกแบบการพยาบาลได้เหมาะสม (อรอนันท์ หาญยุทธ, 2565, น. 18)

นำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลัน การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมในการช่วยเหลือบุคคลให้ตระหนัก ส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพ

ของบุคคล ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ช่วยให้บุคคลรับผิดชอบในสุขภาพตนเองและสังคม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2560, น. 41) ซึ่งสถานการณ์การดูแลครอบครัวกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างมีความยุ่งยากซับซ้อน ตัวผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งจึงต้องนำทฤษฎีนี้มาใช้เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสภาพปัญหาปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

นำทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ มาใช้กล่าวคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจควบคุมกับเรื่องผลประโยชน์และการประเมินผลในการพัฒนาในกิจกรรมการพัฒนาของประชาชน(dspacc.nstru.ac.th) และสมาชิกของชุมชนต้องมีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ (วัชรวัชร งามละม่อม, 2559)เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้เป็นครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนอย่างมาก ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพังต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆหน่วยงานมาช่วยดูแล และที่สำคัญคือชุมชน ร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ปลอดภัยและสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างมีคุณภาพตามมีศักยภาพที่เหลืออยู่

นำทฤษฎีระบบทางการพยาบาลมาจัดระบบทางการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการโดยเป็นการตอบสนองความต้องการการดูแล เช่นระบบชดเชยทั้งหมดบางส่วนและสนับสนุนให้ความรู้

กรณีศึกษาที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 13 ข้อได้รับการตอบสนองทางการพยาบาลและช่วยเหลือในทุกปัญหา ยังต้องมีการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำเช่น การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ แต่ไม่ก่อให้เกิดปัญหารุนแรง ส่วนปัญหาที่ยังต้องติดตามและหาแนวทางแก้ไขต่อไปอีก คือบุตรที่มีปัญหาด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ เอาแต่ใจตนเอง ชอบทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม กำลังอยู่ในช่วงประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐหน่วยงานอื่น เช่น โรงเรียนนครสวรรค์ปัญญานุกูล เพื่อให้รับบุตรชายเข้ารับการเรียนหนังสือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ช่วยเหลือในด้านกองทุนในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและจัดหาสถานที่รับบุตรชายไว้ในความดูแลกรณีที่ผู้ป่วยจากไปแล้ว เทศบาลนครนครสวรรค์ช่วยในการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านเอื้อต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อการประกอบอาชีพในอนาคต เป็นต้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความปลอดภัยและไม่ขัดแย้งกับเพื่อนบ้านมีความสุขมากขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 11 ข้อ ได้รับการตอบสนองทางการพยาบาลและช่วยเหลือในทุกปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้และรับฟังคำแนะนำต่างๆ ประกอบกับศึกษาความรู้ต่างๆจากโซเชียลเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตมากจนเกินไป ประกอบกับผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งได้รับการเสริมพลัง ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนอย่างดี เช่น อสม. ช่วยรับยาแทนผู้ป่วย การนำอุปกรณ์ทำแผลต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยกรณีที่บ้านเจ้าหน้าที่ไม่สามารถนำไปให้ได้ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมาดูแลบิดาของผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง มีการช่วยเหลือจากวัดสุวรรณคีรีมอบข้าวสารอาหารแห้ง รวมทั้งส่งคนพร้อมยานพาหนะมาช่วยเหลือเวลาต้องออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมฉือจี้จังหวัดนครสวรรค์มอบเงินออมของสมาชิกให้กับผู้ป่วยไว้ใช้จ่าย ทำให้การดูแลครอบครัวมีแนวโน้มที่ดีถึงแม้ว่า พ่อป่วยติดเตียง แม่หลังค่อม ก็ตาม

อภิปรายผลและสรุปผล

การนำแบบแผนสุขภาพ มาเป็นเครื่องมือประเมินและค้นหาความต้องการพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายที่ครบถ้วนทั้งมองเห็นปัญหาครอบคลุม ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และนำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุม และได้ปัญหาและความต้องการพยาบาล วางแผนการให้การพยาบาลได้เหมาะสมจากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาด้านร่างกาย คล้ายกันเป็นส่วนใหญ่เป็นผลจากร่างกายส่วนล่างไม่สามารถขยับได้จึงส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางกายที่คล้ายกัน ด้านจิตสังคม กรณีศึกษาที่ 1 จากการเผชิญปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัว ขาดที่พึ่งพบว่าเริ่มมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง หลังจากเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและได้รับการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้น กรณีศึกษาที่ 2 มีความวิตกกังวลเช่นกัน แต่สามารถปรับตัวได้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนในด้านภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นก็จะคล้ายๆกัน แต่กรณีศึกษาที่ 1 จะมีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่าเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ทั้ง 2 กรณีศึกษามีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้แต่สาเหตุต่างกัน กรณีที่ 1 จากการเปลี่ยนท่าจากการนอนนาน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากการขึ้นรถเข็นนั่งบ่อยๆและทางต่างระดับในบ้าน ส่วนปัญหาสิ่งแวดล้อมก็มีเช่นกันทั้ง 2 กรณี กรณีที่ 1 เกิดจากสุขลักษณะในครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 มีแหล่งน้ำขนาดใหญ่ ทั้งหมดนี้ได้รับการตอบสนองครบทั้งหมด แต่ก็ยังมีปัญหาที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่องเช่นการเปลี่ยนสาย

สวนปัสสาวะและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ส่วนปัญหาที่เป็นปัญหาที่น่ากังวลใจเป็นอย่างมากกรณีศึกษาที่ 1 คือ ลูกชายที่มีภาวะอาการทางจิตและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมนั้น ยังอยู่ในช่วงดำเนินการแก้ไข นอกจากนี้ใช้แบบแผนสุขภาพในการศึกษา ผู้ศึกษายังใช้ทฤษฎีต่างๆมาปรับใช้ เช่น ทฤษฎีความพร้อมการดูแลตนเองของโอเรียม ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกีฟสัน และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ ทฤษฎีระบบทางการพยาบาล และทฤษฎีการปรับตัวของรอย มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลโดยผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 2 กรณีศึกษา เช่น การประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ประชาชนในชุมชน หน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีชีวิตอยู่ได้ปลอดภัยและสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคม ได้อย่างมีคุณภาพตามมีศักยภาพที่เหลืออยู่ ทั้งหมดนี้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ผู้ศึกษาได้ตั้งไว้กล่าวคือ ได้ศึกษาความรู้การพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างนำมาเปรียบเทียบให้เห็นถึงความเหมือนและแตกต่างกันในด้านต่างๆ รวมทั้งป้องกันส่งเสริมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถนำไปเป็นตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชนได้ให้กับบุคลากรอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างจากการศึกษาในตำราและนำความรู้สู่การปฏิบัติกับกรณีศึกษาได้จริง เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นกรณีศึกษาที่มีปัญหา ยุ่งยากซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วยนั้นค่อนข้างยากฉะนั้นควรมีการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล ในด้านจริยธรรมและกฎหมาย ด้านวิชาการและงานวิจัย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างในชุมชนให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้บริการและดูแลผู้ป่วยในชุมชนปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและคุณภาพชีวิต
2. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสภาพจิตใจผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครบทั้ง 4 มิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ตัวอย่างเช่น สมาธิบำบัด การจัดการความเครียด เป็นต้น เพื่อยกระดับผลลัพธ์การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2558). *ไขสันหลังบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.

จินตนา วัชรสินธ์. (2560). *การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

วิจิตรา กุสุมภ์ และ สุลี ทองวิเชียร. (2562). *ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: กรณีศึกษา*. กรุงเทพฯ: พี.เค.พรินท์ติ้ง.

พรศิริ พันธสี. (2561). *กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ กระบวนการประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2564). *การพยาบาลออร์โธปิดิกส์: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิก*. กรุงเทพฯ : ไอดี ออล ดิจิตอล.

ไสว นรสาร และ พิรญา ไส้ไหม. (2559). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing*. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็น เทอร์ไพรซ์.

อรอนันท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์.

Gordon M. *Nursing diagnosis: Process and application*. New York: McGrawHill Book Co; 1982.

Gibson CH. *A concept analysis of empowerment*. *Journal of Advanced nursing*. 1991; 16(3), 354-361

Orem DE. *Nursing: Concepts of practice 4 th ed*. Philadelphia: Mosby-YearBook; 1991

“

การสาธารณสุขมูลฐาน
เป็นรากฐานสุขภาพที่ยั่งยืน

”

0 5622 2375 

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ 

ศูนย์ สสม ภาคเหนือ 