



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
Phichit Public Health Office

วารสารวิจัยและวิชาการ

# สารานุกรมสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565

Vol. 3 No. 1 January - June 2022

ISSN 2697-6625

## นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

1. การติดเชื้อโควิด 19 ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร  
พญ.สุภัทรรพร ปิตะวชิรกุล พ.บ.
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร  
สมพร ชัยพิทักษ์ ส.บ.
3. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิต  
และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
กัญจน์พร มนเดช พย.บ.
4. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมแสง  
ศรisha เสวยทรง พย.บ.

## รายงานผู้ป่วย : Case Reports

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid 19)  
วีณา เชษฐาสวรรณ พย.บ.

## บทความพิเศษ : Special Article

6. ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในจังหวัดกำแพงเพชร  
นฤพร สิริธวานนท์ ส.บ.



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
Phichit Public Health Research and Academic Journal



# วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
นายแพทย์โชติ ภาวศุทธิกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร

### บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสวัสดิ์วิทยา นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
นายแพทย์พนม ปทุมสูติ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
นางปัทมา ผ่องสมบูรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา)

### บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติภักคาม

### รองบรรณาธิการ

นายจิรายุทธ์ คงนุ่น

### กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นายสมจินต์ มากพา นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี นางภฤตา แสงสินศรี นายวิวัฒน์ อุปคำ  
นางอังจนา เจศรีชัย นางสาวชุตินา อินหัน นางมยุรี เข้มทอง นางสาวอุษา จันทร์กลิ่น

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร.ธานี โชติภักคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
นายแพทย์สมบูรณ์ จีนาพงษา โรงพยาบาลพิจิตร  
แพทย์หญิงนงลักษณ์ บุตรีดี โรงพยาบาลพิจิตร  
ทันตแพทย์หญิงสมร บุญเกษม โรงพยาบาลพิจิตร  
นายแพทย์ประทีป จันทรสิงห์ โรงพยาบาลบางมูลนาก  
แพทย์หญิงผกา มาศ เพชรพงศ์ โรงพยาบาลลวซิบารมี  
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ่าง สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก

ผศ.ดร.ทัศพร	ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี
ดร.รุ่งโรจน์	เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 4 สระบุรี
ผศ.ดร.ณัฐกฤษฏ์	ธรรมกวินวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏ ลำปาง
รศ.ดร.สันติสิทธิ์	เขียวเงิน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.รัฐคุณานิช	กันหลง	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
อาจารย์พรศักดิ์	ธนพัฒน์พงศ์	คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

### กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

- ฝ่ายบริหาร
  - นายวัชรินทร์ เวชวิริยกุล นางกอบแก้ว เรืองธรรม นางจิตติญากร สิ้นจู้รัตน์
- ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร
  - นางมยุรี เข้มทอง นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร
- ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร
  - นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร นางสาวอนุชยา สังข์เมือง

### กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)  
ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

### สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000  
โทร. 0-5699-0354 ถึง 5 ต่อ 133 โทรสาร 0-5699-0353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

### ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ :

<http://www.ppho.go.th/webppho>

### พิมพ์ที่

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000  
โทร. 081-675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

## สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สวัสดีชาวสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรทุกท่าน นับแต่วันที่ได้รับตำแหน่งจนถึงปัจจุบันกระผมได้รับความร่วมมือร่วมใจจากประชาชนชาวจังหวัดพิจิตร ในการดำเนินงานตามนโยบายต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งยืนยันถึงประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากร

สาธารณสุขและความร่วมมือของประชาชนได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขมีแนวปฏิบัติหลังการเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะPost-pandemic โดยปรับให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง ลำดับที่ 57 นับตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป ภายใต้แนวคิดประชาชนอยู่ร่วมกับโรคโควิด-19 อย่างปลอดภัย สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ อย่างไรก็ตามมาตรการ 2 U อันได้แก่ Universal Vaccination การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น และ Universal Prevention การป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานสากล ยังคงเป็นแนวทางที่ต้องถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป และในการเตรียมความพร้อมปรับโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง ขอให้บุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ร่วมกับภาคีเครือข่ายเตรียมความพร้อมทางด้านสาธารณสุข ตามนโยบาย 3 พอ (ยาพอ หมอพอ เตียงพอ) เพื่อความมั่นใจของประชาชนชาวพิจิตรต่อระบบบริการสุขภาพสืบไป

ท้ายนี้กระผมในฐานะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ขอแสดงความขอบคุณคณะผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรทุกท่าน ที่อุทิศทั้งแรงกายแรงใจทุ่มเทกับการทำงานในปีที่ผ่านมาจนบรรลุผลสำเร็จเชิงประจักษ์ ทั้งขอเป็นกำลังใจในการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 ให้อย่างราบรื่น บรรลุผลตามเป้าหมายต่อไป

(นายอดิสรณ์ วรรณนะศักดิ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## บรรณาธิการแถลง



วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มิถุนายน 2565 ได้คัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 6 เรื่อง อันประกอบไปด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่

- 1) การติดเชื้อโควิด 19 ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
- 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
- 3) ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 4) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมชนแสง บทความประเภท รายงานผู้ป่วย จำนวน 1 เรื่อง คือ การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid 19) และบทความพิเศษ จำนวน 1 เรื่อง คือ ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในจังหวัดกำแพงเพชร

ในนามของกองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ขอขอบคุณผู้ส่งบทความทุกท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในการสละเวลาอ่าน และพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแก้ไขบทความ เพื่อความสมบูรณ์ของบทความซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาที่น่าสนใจในฉบับนี้ ผู้อ่านสามารถอ่านหรือสืบค้นได้จากวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ทั้งในส่วนที่เป็นฉบับรูปเล่มนี้ และจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ซึ่งกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” จะได้รับความสนใจและความร่วมมือจากท่านผู้รู้ ผู้สนใจสืบไป

(ดร.ธานี โชติภักคาม)  
บรรณาธิการ



# วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565

Vol. 3 No. 1 January - June 2022

### สารบัญ

หน้า

สารบัญจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

**นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles**

1. การติดเชื้อโควิด 19 ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร  
พญ.สุภัทรรพร ปิตะวชิรกุล พ.บ. 1 - 10
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร  
สมพร ชัยพิทักษ์ ส.บ. 11 - 21
3. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิต  
และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
กัญจน์พร มนเดช พย.บ. 22 - 33
4. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมแสง  
ศรisha เสวยทรง พย.บ. 34 - 42

**รายงานผู้ป่วย : Case Reports**

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid 19)  
วีณา เชษฐาสวรรณ พย.บ. 43 - 51

**บทความพิเศษ : Special Article**

6. ประสิทธิภาพการดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในจังหวัดกำแพงเพชร  
นฤพร สิริธวานนท์ ส.บ. 52 - 61

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

62 - 67

# การติดเชื้อโควิด-19 ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร Covid-19 infection in children Taphanhin Crown prince hospital, Pichit province

พญ.สุภัทรรพร ปิตะวชิรกุล พ.บ.  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

## บทคัดย่อ

สถานการณ์การติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทยที่รุนแรงขึ้น ทำให้พบอัตราการติดเชื้อในเด็กเพิ่มสูงขึ้นด้วยการศึกษาระบาดวิทยาและลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ใหญ่มีรายงานการศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่ข้อมูลในเด็กยังคงมีการศึกษาน้อย จึงประสงค์ที่จะศึกษาลักษณะอาการทางคลินิก ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอด และการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กเพื่อให้เป็นข้อมูลสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโควิด-19 ต่อไป โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective study ในผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 อายุต่ำกว่า 15 ปี ที่รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน และโรงพยาบาลสนาม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 85 คน โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย อาการและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลภาพถ่ายรังสีปอด ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ใช้ร้อยละ ส่วนสถิติอนุมานใช้ Chi-square และ P-value

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 85 ราย เป็นเพศชาย 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 อายุเฉลี่ย 8.3 ปี ผู้ป่วย 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.1 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคประจำตัว โดยในจำนวนนี้พบภาวะอ้วนถึงร้อยละ 60 อาการที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ อาการไอ, ไข้, มีน้ำมูก ส่วนอาการอาเจียนพบได้บ่อยในเด็กอายุ 0-4 ปี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะ lymphopenia 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ผู้ป่วย 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.3 มีผลภาพถ่ายรังสีปอดผิดปกติ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะ ground glass opacities. การแบ่งความรุนแรงพบว่าส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางรวม 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ผู้ป่วยอาการรุนแรง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.2 การศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

**คำสำคัญ :** เด็ก, โควิด-19, การติดเชื้อ

## Abstract

In the outbreak of Covid-19 infection in Thailand , the incidence rate of infection in children is higher than before. There are many studies of epidemiology and clinical manifestation of covid-19 infection in adults, but in children are rare. This retrospective descriptive study aim to identify clinical manifestation, laboratory, chest radiology treatment and outcome of covid-19 infection in children by reviewing medical record of covid-19 patients age younger than 15 years who



treatment at Taphanhin Crown prince hospital between 1 April 2021 and 30 September 2021, COVID-19 was confirmed by RT-PCR from nasopharyngeal specimens.

The result show that total of 85 patients were included in the study. Fifty cases (58.8%) were male. The median age was 8.3. Twenty-three patients (27.1%) had risk factor and comorbidity, especially obesity (60%). The common clinical manifestations include cough, fever, runny nose. Vomitting is common in children 0-4 years. Six patients (7%) had lymphopenia. Sixty-four patients (75.3%) had abnormal CXR which the majority were ground-glass opacities. Most cases in this study had mild to moderate disease 80 cases (94.1%). Four patients (4.7%) had asymptomatic infection, and one patient (1.2%) had severe disease. One patient received oxygen high flow nasal cannula. There was no death in our study.

**Keywords :** children, covid-19, infection

## บทนำ

โรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งเป็นไวรัสในตระกูลโคโรนา เริ่มมีการระบาดครั้งแรกเดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน โรคนี้ติดจากคนสู่คนผ่านทางละอองฝอยอาการพบได้ ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงปอดอักเสบรุนแรงกระทั่งเสียชีวิตได้ในระยะแรกพบว่า อัตราการติดเชื้อในเด็กต่ำ และเด็กมักมีอาการน้อยกว่าผู้ใหญ่ ในเด็กที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน รวมถึงมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ อาจมีความเสี่ยงในการติดเชื้อรุนแรงมากกว่าเด็กปกติ<sup>(1-2)</sup>

อาการของโรคมีความหลากหลายตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรง ประมาณร้อยละ 15 ของเด็กติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการเลย และที่มีอาการส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 85 จะไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้ (แต่ส่วนหนึ่งอาจไม่มีไข้ในช่วงแรกที่ป่วย) เจ็บคอ ไอ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาจมีอาเจียนหรือท้องเสียได้บ้าง มักจะหายเองได้ภายใน 1-2 สัปดาห์ ส่วนน้อยประมาณร้อยละ 15 มีอาการปอดอักเสบ ซึ่งอาจรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยจะหายใจเร็ว หอบเหนื่อย ผู้ที่มีอาการรุนแรงมักเป็นเด็กเล็กและผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ อยู่ เช่น โรคปอด โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมอง เบาหวาน อ้วน เป็นต้น<sup>(3)</sup>

จากการรายงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โควิด-19 ในเด็กไทย อายุ 0-18 ปี ข้อมูล ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2564 พบเด็กติดเชื้อสะสม 91,906 ราย จำนวนเด็กเสียชีวิตสะสม รวม 13 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 0.01 ซึ่งเด็กอายุน้อยที่สุดที่เป็นโรคโควิด-19

คือ อายน้อยกว่า 1 เดือน พบว่าเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไปติดเชื้อมากที่สุด รองลงมาอายุ 6-12 ปี อายุ 1-6 ปี และน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยในเด็กเพิ่มสูงขึ้น<sup>(1)</sup>

สถานการณ์ผู้ป่วยโควิด-19 ยืนยันสะสมตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 ของจังหวัดพิจิตร ข้อมูล ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 2,260 ราย กำลังรักษาอยู่จำนวน 1,037 ราย แบ่งเป็น 1. กลุ่มที่ไม่มีอาการ จำนวน 513 ราย 2. กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ จำนวน 213 ราย 3. กลุ่มที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดบวมเล็กน้อย จำนวน 285 ราย 4. กลุ่มที่มีอาการปอดบวม มีออกซิเจนในเลือดต่ำ อุดกเสบรุนแรงหรือมีอวัยวะอื่นล้มเหลว จำนวน 26 ราย หายป่วยสะสมทั้งหมด 1,223 ราย เสียชีวิตสะสม 23 ราย<sup>(4)</sup>

จากสถานการณ์การติดเชื้อในประเทศไทยที่รุนแรงขึ้น ทำให้พบอัตราการติดเชื้อในเด็กเพิ่มสูงขึ้นด้วย หนึ่งการศึกษาระบาดวิทยาและลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ใหญ่มีรายงานการศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่ข้อมูลในเด็กยังคงมีการศึกษาน้อย นักวิจัยจึงประสงค์ที่จะศึกษาลักษณะอาการทางคลินิก ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอด และการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กเพื่อให้เป็นข้อมูลสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโควิด-19 ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ในเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาผลการรักษาโรคโควิด-19 ในเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

## สมมติฐานของการวิจัย

อาการของผู้ป่วยโควิด-19 ในเด็ก เมื่อได้รับการรักษาแล้ว มีผลการรักษาที่ดีขึ้น

## ขอบเขตของการวิจัย

ผู้ป่วยโควิด-19 ในเด็ก รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน และโรงพยาบาลสนาม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2564

## รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการและผลการรักษาของโรคโควิด-19 ในเด็ก ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือแบบคัดลอกข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลจากแหล่งข้อมูล จากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ซึ่งแบบคัดลอกข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ที่อยู่ขณะติดเชื้อ

- 2) ข้อมูลอาการ ประกอบด้วย ไข้ ไอ น้ำมูก หอบ เหนื่อย แน่นหน้าอก อาเจียน ถ่ายเหลว อาการอื่นๆเช่นปวดศีรษะปวดเมื่อยอ่อนเพลีย จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส
- 3) ข้อมูลอาการแสดง ประกอบด้วย มีไข้, หายใจเร็ว, ภาวะออกซิเจนต่ำ, ภาวะหายใจลำบาก
- 4) Chest x-ray ประกอบด้วย CXR ครั้งแรก และติดตามหลังการรักษา
- 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ complete blood count
- 6) การรักษา ประกอบด้วย การให้ยาจำเพาะ และการรักษาตามอาการ
- 7) Complication และการส่งต่อ

## การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นักวิจัย ลงข้อมูลในโปรแกรม Microsoft excel จากนั้น นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและการวิเคราะห์ข้อมูล กระทำการตรวจสอบข้อมูลในทุกตัวแปรโดยการแจกแจงความถี่ในทุกตัวแปร เพื่อตรวจสอบค่าที่เป็นไปไม่ได้เปรียบเทียบกับคู่มือการลงรหัส และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลลักษณะทั่วไป ข้อมูลอาการแสดง กรณีข้อมูลตัวแปรแบบกลุ่มนำเสนอ ความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่อง เมื่อทดสอบกระจายของข้อมูลแล้ว ข้อมูลกระจายตัวแบบปกติรายงานค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อข้อมูลกระจายตัวแบบไม่ปกติ รายงานค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ

ลักษณะทั่วไป	รวม (n=85)	อายุ (ปี)			p-value
		0-4 (n=18)	5-9 (n=27)	10-14 (n=40)	
เพศ					0.145 <sup>a</sup>
ชาย	50 (58.8)	7 (38.9)	18 (66.7)	25 (62.5)	
หญิง	35 (41.2)	11 (61.1)	9 (33.3)	15 (37.5)	

ลักษณะทั่วไป	รวม (n=85)	อายุ (ปี)			p-value
		0-4 (n=18)	5-9 (n=27)	10-14 (n=40)	
โรคประจำตัวหรือมีปัจจัยเสี่ยง	23 (27.2)	5 (27.8)	8 (29.6)	10 (25.0)	0.913 <sup>a</sup>
ยาประจำตัว	2 (2.4)	0 (0.0)	1 (3.7)	1 (2.5)	0.722 <sup>b</sup>
ที่อยู่ขณะติดเชื้อ					0.862 <sup>a</sup>
พื้นที่จังหวัดพิจิตร	57 (67.1)	13 (72.2)	18 (66.8)	26 (65.0)	
นอกจังหวัดพิจิตร	28 (32.9)	5 (27.8)	9 (33.3)	14 (35.0)	

<sup>a</sup> Chi-square test , <sup>b</sup> Fisher exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.8 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุ 10-14 ปี ร้อยละ 47 อายุเฉลี่ย 8.3 ปี อายุมากที่สุด 14 ปีอายุน้อยที่สุด 3 เดือน มีโรคประจำตัวหรือมีปัจจัยเสี่ยง

ร้อยละ 27.2 โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นโรคอ้วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.7 ที่อยู่ขณะติดเชื้อ พื้นที่จังหวัดพิจิตร จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1

## ส่วนที่ 2 อาการของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ อาการของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ

อาการ	รวม (n=85)	อายุ (ปี)			p-value
		0-4 (n=18)	5-9 (n=27)	10-14 (n=40)	
ไม่มีอาการ	25 (29.4)	6 (33.3)	6 (22.2)	13 (32.5)	0.610 <sup>a</sup>
ไข้	32 (37.7)	5 (27.8)	14 (51.9)	13 (32.5)	0.172 <sup>a</sup>
ไอ	49 (57.7)	9 (50.0)	14 (51.9)	26 (65.0)	0.430 <sup>a</sup>
น้ำมูก	32 (37.7)	6 (33.3)	12 (44.4)	14 (35.0)	0.672 <sup>a</sup>
หอบเหนื่อย	1 (1.2)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.212 <sup>b</sup>
แน่นหน้าอก	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
อาเจียน	2 (2.4)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.043 <sup>b*</sup>
ถ่ายเหลว	6 (7.1)	0 (0.0)	4 (14.8)	2 (5.0)	0.180 <sup>b</sup>
อาการอื่นๆ	14 (16.5)	2 (11.1)	5 (18.5)	7 (17.5)	0.783 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Chi-square test , <sup>b</sup> Fisher exact test

จากตารางที่ 2 พบว่า อาการแสดงส่วนใหญ่ คือ อาการไอ ร้อยละ 57.7 ไข้ น้ำมูก เท่ากัน ร้อยละ 37.7 รองลงมา คือ ไม่มีอาการ ร้อยละ 29.4 ถ่ายเหลว ร้อยละ 7.1 อาเจียน ร้อยละ 2.4 หอบเหนื่อยร้อยละ 1.2 และอาการอื่นๆ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 แบ่งเป็นอาการจุกไม่ไต่กลืน จำนวน 9 คน ซึมงอแง จำนวน

2 คน และปวดศีรษะ เจ็บคอ ทานได้น้อย เท่ากันอาการละ 1 คน เมื่อจำแนกตามอายุ 0-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปี พบว่า อาการอาเจียนแตกต่างกันทางสถิติโดยพบในเด็กอายุ 0-4 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 11.1 (2/18) ส่วนอายุอื่นไม่พบอาการอาเจียน (p=0.043) ในส่วนของอาการอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

### ส่วนที่ 3 อาการแสดงของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ อาการแสดงของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ

อาการแสดงของผู้ป่วย	รวม (n=85)	อายุ (ปี)			p-value
		0-4 (n=18)	5-9 (n=27)	10-14 (n=40)	
ไม่พบความผิดปกติ	67 (78.8)	16 (88.9)	20 (74.1)	31 (77.5)	0.473 <sup>a</sup>
มีไข้	18 (21.2)	2 (11.1)	7 (25.9)	9 (22.5)	0.473 <sup>a</sup>
หายใจเร็ว	1 (1.2)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.212 <sup>b</sup>
มีภาวะออกซิเจนต่ำ	1 (1.2)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.212 <sup>b</sup>
มีภาวะหายใจลำบาก	1 (1.2)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.212 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Chi-square test , <sup>b</sup> Fisher exact test

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วย 85 คน ส่วนใหญ่มีอาการแสดงของผู้ป่วยไม่พบอาการแสดงผิดปกติ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 78.8 มีไข้ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2 หายใจเร็ว, มีภาวะออกซิเจนต่ำ, มีภาวะ

หายใจลำบากเท่ากัน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 เมื่อจำแนกตามอายุ 0-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปี ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

### ส่วนที่ 4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รวม (n=85)	อายุ (ปี)			p-value
		0-4 (n=18)	5-9 (n=27)	10-14 (n=40)	
ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง					0.903 <sup>a</sup>
ปกติ	77 (90.6)	16 (88.9)	25 (92.6)	36 (90.0)	
มีภาวะซีด	8 (9.4)	2 (11.1)	2 (7.4)	4 (10.0)	
ปริมาณเม็ดเลือดขาว					0.009 <sup>a</sup>
ปกติ	62 (73.0)	12 (66.6)	19 (70.4)	31 (77.5)	
เม็ดเลือดขาวต่ำ	16 (18.8)	1 (5.6)	6 (22.2)	9 (22.5)	
เม็ดเลือดขาวสูง	7 (8.2)	5 (27.8)	2 (7.4)	0 (0.0)	
ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์					0.399 <sup>b</sup>
ปกติ	79 (92.9)	18 (100.0)	24 (88.9)	37 (92.5)	
lymphopenia	6 (7.0)	0 (0.0)	3 (11.1)	3 (7.5)	
ปริมาณเกล็ดเลือด					0.001 <sup>b</sup>
ปกติ	79 (92.9)	14 (17.7)	27 (34.2)	38 (95.0)	
เกล็ดเลือดต่ำ	2 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	
เกล็ดเลือดสูง	4 (4.7)	4 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	

<sup>a</sup> Chi-square test , <sup>b</sup> Fisher exact test

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความเข้มข้นของ เม็ดเลือดแดงปกติ ร้อยละ 90.6 ปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 18.8 ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ต่ำ ร้อยละ 7 ปริมาณเกล็ดเลือดต่ำ ร้อยละ 2.4 เมื่อจำแนกตามอายุ 0-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปี พบว่า ปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำ พบมากในอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 22.5 เม็ดเลือดขาวสูง

พบมากในอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 27.8 รองลงมา คืออายุ 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p=0.009$  และปริมาณเกล็ดเลือดต่ำ พบในอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 5.0 ในส่วนของปริมาณเกล็ดเลือดสูง พบในอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 22.0 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p=0.001$

## ส่วนที่ 5 ผลภาพถ่ายรังสีปอด

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละ ภาพถ่ายรังสีปอดของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ

ภาพถ่ายรังสีปอด	รวม (n=85)	อายุ (ปี)			p-value
		0-4 (n=18)	5-9 (n=27)	10-14 (n=40)	
<b>ครั้งแรก</b>					0.517 <sup>a</sup>
ปกติ	21 (24.7)	3 (16.7)	6 (22.2)	12 (30.0)	
พบรอยโรคที่ปอด	64 (75.3)	15 (83.3)	21 (77.8)	28 (70.0)	
<b>การกระจายของรอยโรคที่ปอด</b>					0.495 <sup>a</sup>
ปอดข้างเดียว	36 (42.4)	9 (50.0)	14 (51.9)	13 (32.5)	
ปอดทั้งสองข้าง	28 (32.9)	6 (33.3)	7 (25.9)	15 (37.5)	
<b>ตำแหน่งของรอยโรคที่ปอด</b>					0.716 <sup>a</sup>
central	23 (27.1)	4 (22.2)	8 (29.6)	11 (27.5)	
peripheral	41 (48.2)	11 (61.1)	13 (48.2)	17 (42.5)	
<b>ลักษณะของรอยโรคที่ปอด</b>					0.753 <sup>b</sup>
interstitial	23 (27.1)	4 (22.2)	8 (29.6)	11 (27.5)	
consolidation	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ground glass opacities	41 (48.2)	11 (61.1)	13 (48.2)	17 (42.5)	
<b>ครั้งที่ 2 (ติดตามหลังเข้ารับการรักษา)</b>					0.934 <sup>a</sup>
ปกติ	16 (18.8)	3 (16.7)	4 (14.8)	9 (22.5)	
รอยโรคที่ปอดเท่าเดิม	17 (20.0)	3 (16.7)	7 (25.9)	7 (17.5)	
รอยโรคที่ปอดลดลง	45 (53.0)	11 (61.0)	13 (48.2)	21 (52.5)	
รอยโรคที่ปอดเพิ่มขึ้น	7 (8.2)	1 (5.6)	3 (11.1)	3 (7.5)	

<sup>a</sup> Chi-square test , <sup>b</sup> Fisher exact test

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีผลภาพถ่ายรังสีปอดครั้งแรกผิดปกติ ร้อยละ 75.3 การกระจายรอยโรคส่วนใหญ่ไปที่ปอดข้างเดียว ร้อยละ 42.4 ตำแหน่งของรอยโรคที่ปอดส่วนใหญ่ที่ peripheral ร้อยละ 48.2

ลักษณะรอยโรคที่ปอดส่วนใหญ่เป็น ground glass opacities ร้อยละ 48.2 การถ่ายภาพรังสีปอดครั้งที่ 2 (ติดตามหลังเข้ารับการรักษา) ส่วนใหญ่รอยโรคที่ปอดลดลง ร้อยละ 53.0

**ส่วนที่ 6 การรักษา****ตารางที่ 6** จำนวนร้อยละการรักษาของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ

การรักษา	รวม (n=85)	อายุ (ปี)			p- value
		0-4 (n=18)	5-9 (n=27)	10-14 (n=40)	
ความรุนแรงของโรค					0.540 <sup>b</sup>
ไม่มีอาการ	4 (4.7)	1 (5.6)	0 (0.0)	3 (7.5)	
อาการเล็กน้อย	12 (14.1)	2 (11.1)	4 (14.8)	6 (15.0)	
อาการปานกลาง	68 (80.0)	14 (77.7)	23 (85.2)	31 (77.5)	
อาการรุนแรง	1 (1.2)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
การใช้ยา					0.677 <sup>a</sup>
Favipiravir					
5 วัน	56 (65.9)	13 (72.2)	16 (59.3)	27 (67.5)	
10 วัน	19 (22.4)	4 (22.2)	8 (29.6)	7 (17.5)	
Corticosteroid	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
Antibiotic	5 (5.9)	1 (5.6)	1 (3.7)	3 (7.5)	0.809 <sup>a</sup>
Oxygen therapy					0.212 <sup>b</sup>
Room air	84 (98.8)	17 (94.4)	27 (100.0)	40 (100.0)	
Oxygen high flow nasal cannula	1 (1.2)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Endotracheal tube with mechanical ventilation	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ภาวะแทรกซ้อน	12 (14.1)	3 (16.7)	6 (22.2)	3 (7.5)	0.223 <sup>a</sup>
Death	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
ส่งต่อรพ.พิจิตร	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA

<sup>a</sup> Chi-square test , <sup>b</sup> Fisher exact test

จากตารางที่ 6 การแบ่งความรุนแรงของโรค พบว่าส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางรวม 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ผู้ป่วยอาการรุนแรง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.2 ด้านการใช้ยา Favipiravir 5 วัน ร้อยละ 65.9 การใช้ยา Favipiravir 10 วัน ร้อยละ 22.4 และ การใช้ยา Antibiotic ร่วมด้วย ร้อยละ 5.9 การศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับ

corticosteroid ด้าน Oxygen therapy พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หายใจได้เองไม่มีความจำเป็นต้องใช้ออกซิเจน ร้อยละ 98.8 และผู้ป่วยที่ใช้ Oxygen high flow nasal cannula ร้อยละ 1.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 แบ่งเป็น ภาวะตับอักเสบ จำนวน 6 คน ภาวะผิวหนังอักเสบ จำนวน 4 คน และภาวะขาดน้ำจำนวน 2 คน การศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

## สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้รายงานผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ติดเชื้อโควิด 19 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุพบว่าติดเชื้อมากที่สุด คือช่วงอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 47.0 สอดคล้องกับการศึกษา Dong Y และคณะ และ Lu X และคณะ 5 พบร้อยละ 24.6-31.5 ซึ่งพบความชุกของโรคลดลงตามช่วงอายุ อาการแสดงที่พบได้บ่อย ไข้ ไอ น้ำมูก ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(2,5-8)</sup> และมีอาการอื่นๆ จมูกไม่ได้กลิ่น ซึมลง อาการทางระบบทางเดินอาหาร เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า อาการอาเจียนแตกต่างกันทางสถิติ  $p=0.043$  โดยพบในเด็กอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 11.1 ส่วนอายุอื่นไม่มีอาการสอดคล้องกับอาการท้องเสีย อาเจียน พบได้น้อย ร้อยละ 5.0-10.0 ซึ่งแตกต่างจากอาการในผู้ใหญ่ที่จะมีไข้สูงและไอบากกว่า ประมาณ ร้อยละ 4.0-15.0<sup>(7,8)</sup>

การศึกษานี้พบภาวะเม็ดเลือดขาวผิดปกติ ร้อยละ 27 แบ่งเป็นเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 18.8 เม็ดเลือดขาวสูง ร้อยละ 8.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Qin Wu และคณะ 12 ซึ่งพบเม็ดเลือดขาวผิดปกติร้อยละ 31.08 ในส่วน ของปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ในการศึกษานี้ พบภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ต่ำเพียงร้อยละ 7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiaojian Cui และคณะ<sup>(14)</sup> ซึ่งพบว่าภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ต่ำ พบน้อยในผู้ป่วยเด็ก คิดเป็นร้อยละ 9.8

การศึกษานี้พบว่าภาพถ่ายรังสีปอดมีตำแหน่ง ของรอยโรคส่วนใหญ่พบที่ peripheral ร้อยละ 48.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Diletta Cozzi และคณะ<sup>(15)</sup> ซึ่งพบบ่อยได้แก่ peripheral คิดเป็นร้อยละ 58.5 ในส่วน ของลักษณะรอยโรคที่ปอด การศึกษานี้พบว่าเป็น ground glass opacities มากที่สุด ร้อยละ 48.2 สอดคล้องกับ การศึกษาของ C Oterino Serrano 19 และคณะซึ่งพบ ลักษณะ ground glass opacities ร้อยละ 50 และการ ศึกษาของวรารุณี<sup>(9)</sup> ซึ่งพบลักษณะความผิดปกติส่วนใหญ่ เป็นแบบ ground-glass opacities ร้อยละ 32.7-60.0

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ covid-19 พบว่าส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางรวม 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.1 มีเพียง 1 ราย ที่ต้องใช้ Oxygen therapy ได้แก่ Oxygen high flow nasal cannula

คิดเป็นร้อยละ 1.2 และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งตรงกับ การศึกษาของ Yusuke Katayama และคณะ<sup>(13)</sup> พบมี 1 ราย ที่ต้องใส่ mechanical ventilator และไม่มีผู้ป่วย เสียชีวิต

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลผู้ป่วย โควิดที่ได้รับการรักษาอยู่ในช่วง 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2564 แต่สถานการณ์การระบาดของโรคยังคงดำเนินต่อไป ทำให้ข้อมูลที่ปรากฏในงานวิจัยฉบับนี้ อาจไม่แสดงถึงข้อมูล ผู้ป่วยทั้งหมดในปัจจุบัน ควรมีการเก็บข้อมูลต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็ปัจจุบัน
2. เนื่องจากขณะเก็บข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้ ยังไม่มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิดในเด็ก ทำให้ไม่ทราบข้อมูล เรื่องการป้องกันโรคด้วยวัคซีน จึงเสนอให้มีการเก็บข้อมูล เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโควิดในการศึกษาครั้งต่อไป
3. จากข้อมูลในการศึกษานี้ พบผู้ป่วยโควิดที่มี ปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคอ้วนมากที่สุด ทั้งหมดนี้ยังไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย จึงเสนอให้มีการติดตามดูแลรักษาภาวะ โรคอ้วนและตรวจหาโรคร่วม รวมถึงติดตามภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ จากภาวะโรคอ้วน

## เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. สถานการณ์ โควิด-19 ในเด็กไทย อายุ 0-18 ปี ตั้งแต่มีการระบาดระลอกใหม่ 1 เมษายน 2564- 28 กรกฎาคม 2564 ฉบับที่ 5 (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2564). เข้าถึงได้จาก : [https://www.thaipediatrics.org/Media/media-2021\\_0813174\\_501.pdf](https://www.thaipediatrics.org/Media/media-2021_0813174_501.pdf).
2. วรชมน จันทรบญกุล. Coronavirus disease (COVID-19). New faces of Pediatric Infectious Diseases: Epidemiology, Diagnosis, Treatment and Prevention, 9-16; 2563.
3. กวิตา ตรีเมธา. การดูแลและป้องกันเด็กจากเชื้อ ไวรัสโรคโควิด-19 (COVID-19) ความรู้สำหรับ ประชาชน; 2564 (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2564). เข้าถึงได้จาก: [https://www.si.mahidol.ac.th/admin/news\\_files](https://www.si.mahidol.ac.th/admin/news_files)

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. รายงานสถานการณ์โควิด-19 จากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 2564. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2564). เข้าถึงได้จาก: <http://www.ppho.go.th/webppho/pict/covid-66/2564-08-11.jpg>
5. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Mar 18 (cited 2021 Sep 22) ; Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2005073>
6. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID 19 infection: Different points from adults. *PediatrPulmonol*. 2020 Mar 5. doi: 10.1002/ppul.24718.
7. Poyiadji N, Shahin G, Noujaim D, Stone M, Patel S, Griffith B. COVID-19 associated Acute Hemorrhagic Necrotizing Encephalopathy: CT and MRI Features. *Radiology*. 2020 Mar 31:201187. doi: 10.1148/radiol.2020201187.
8. Wu P, Duan F, Luo C, Liu Q, Qu X, Liang L, Wu K. Characteristics of Ocular Findings of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei Province, China. *JAMA Ophthalmol*. 2020 Mar 31. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2020.1291.
9. วรารุณี เกรียงบุรพา. การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในเด็ก. *บูรพาเวชสาร*, 7(1), 96-102; 2563 <https://dspace.lib.buu.ac.th/bitstream/1234567890/4252/1/med7n1p96-102.pdf>
10. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจวินิจฉัย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางห้องปฏิบัติการ; 2563 (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2564). เข้าถึงได้จาก: <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/700>
11. กรมควบคุมโรค. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2564 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข; 2564 (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2564). เข้าถึงจาก: [https://covid19.dms.go.th/Content/Select\\_Landding\\_page?contentId=150](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=150)
12. Qin Wu, Yuhan Xing, Lei Shi, Wenjie Li, Yang Gao, Silin Pan, et al. Coinfection and Other Clinical Characteristics of COVID-19 in Children. *PEDIATRICS*, 2020 (146), <http://pediatrics.aappublications.org/content/146/1/e20200961>
13. Yusuke Katayama, Ling Zha, Tetsuhisa Kitamura, Atsushi Hirayama, Taro Takeuchi, Kenta Tanaka, et al. Characteristics and Outcomes of Pediatric COVID-19 Patients in Osaka, Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (5911), <https://doi.org/10.3390/ijerph18115911>
14. Xiaojian Cui, Zhang T, Zheng J, et al. Children with coronavirus disease 2019: A review of demographic, clinical laboratory, and imaging features in pediatric patients. *J Med Virol*. 2020; 1–10. <https://doi.org/10.1002/jmv.26023>
15. Diletta Cozzi, Marco Albanesi, Edoardo Cavigli, et al. Chest Xray in new Coronavirus Disease 2019 (COVID19) infection: findings and correlation with clinical outcome. *CHEST RADIOLOGY*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s11547-020-01232-9>
16. Long L, Wu L, Chen L, Zhou D, Wu H, et al. Effect of early oxygen therapy and antiviral treatment on disease progression in patients with COVID-19: A retrospective





- study of medical charts in China. *PLoS Negl Trop Dis* 15 (1): e0009051. ; 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009051>
17. Matteo Di Nardo, Grace van Leeuwen, Alessandra Loreti, et al. A literature review of 2019 novel coronavirus (SARS-CoV2) infection in neonates and children. *Pediatric Research* 89:1101–1108; 2021. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-1065-5>
18. Neha A. Patel. Pediatric COVID-19: Systematic review of the literature. *American Journal of Otolaryngology*, 41.102573; 2020. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102573>
19. C Oterino Serrano, E Alonso, NM Buitrago, et al. Pediatric chest x-ray in covid-19 infection. *European journal of Radiology*. 131. 109236; 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.109236>

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

### Factors related to happiness of the elderly who are socially addicted in Khlong Lan District Kamphaeng Phet Province

สมพร ชัยพิทักษ์ สบ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองลาน

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความสุข ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, t-test และ One-way ANOVA, Chi-square และ Stepwise Multiple Regression

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.86 ปี การศึกษาชั้นประถม (ร้อยละ 73.64) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.15) อาชีพเดิมและปัจจุบันคือเกษตรกร (ร้อยละ 63.31 และ 48.65) รายได้เฉลี่ย 3,708.56 บาท/เดือน (เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ) ที่มาของรายได้คือรัฐสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 46.00) อาศัยอยู่กับครอบครัวพร้อมบุตรหลาน (ร้อยละ 67.30) มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม (ร้อยละ 64.67) และไม่เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 52.44) จะเข้าร่วมกิจกรรมนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 66.28) ความรู้และเจตคติในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มีความสุขอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความรู้ ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ต่างกัน จะมีความสุขโดยรวมและรายได้แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับความสุข ได้แก่ อายุ อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ สภาพการอยู่อาศัย การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ( $\beta = 0.679$ ) ความรู้ ( $\beta = -0.223$ ) อาชีพเดิม ( $\beta = 0.213$ ) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ( $\beta = -0.221$ ) ความเพียงพอของรายได้ ( $\beta = -0.206$ ) อายุ ( $\beta = 0.181$ ) และสภาพการอยู่อาศัย ( $\beta = 0.161$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 56.2 ( $R^2 = 0.562$ ) ดังนั้น ควรเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และส่งเสริมให้เข้าร่วมกลุ่ม/โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ และทำการศึกษาถึงความสุขรวมทั้งผลกระทบของโรคโควิด-19 ตลอดจนต้นทุนประสิทธิผลของโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุกับการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม, ความสุข, ความสัมพันธ์

#### Abstract

Descriptive research was to study and compare happiness levels factors related and predictive of the elderly's happiness level in Khlong Lan District Kamphaeng Phet Province. A questionnaire was used to collect data with a sample of 368 people, and analyzed by descriptive

statistics, t-test, one way ANOVA, Chi-square and Stepwise Multiple Regression.

The results showed that the sample were female, average age 67.86 years, primary school education (73.64%), marital status and living together (64.15%). Former and current occupation is agriculture (63.31% and 48.65%), average income 3,708.56 baht/month (sufficient but not left over), the source of income is welfare state such as pension (46.00%). Lived with family with children (67.30%), had congenital diseases such as hypertension, diabetes and hyperlipidemia. Not being a member of a group/club (64.67%) and not participating in activities (52.44%) will participate in activities infrequently (66.28%). Knowledge and attitudes in health care were at a high level. Health behaviors are at a high level, happiness is high. Elderly people with age, education level, former occupation, current occupation, monthly income, income adequacy having a congenital disease, group/club membership, participation in activities, knowledge level, attitude level and health behavior level were different. They had different overall and individual aspects of happiness. Factors that were statistically related to happiness level were age, current occupation, income adequacy, living conditions, having a congenital disease, group/club membership, participation in activities, knowledge, attitudes and health behaviors. Factors predicting happiness among the elderly were health behavior ( $\beta = 0.679$ ), knowledge ( $\beta = -0.223$ ) former occupation ( $\beta = 0.213$ ), group/club membership ( $\beta = -0.221$ ), income adequacy ( $\beta = -0.206$ ), age ( $\beta = 0.181$ ) and living condition ( $\beta = 0.161$ ) were co-predicted by 56.2% ( $R^2 = 0.562$ ). Therefore, knowledge of self-care should be strengthened in order for the elderly to have desirable health behaviors, and encourage participation in group/schools/clubs for the elderly and conducting a study on happiness and the impact of COVID-19 as well as the cost-effectiveness of the school/elder's club and the health enhancement of the elderly.

**Key words :** elderly socially addicted, happiness, relationship

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุกำลังเป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญและนำมาซึ่งความท้าทายในหลายมิติ ทั้งการลดจำนวนลงของแรงงานที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ การออกแบบระบบบำนาญ/บำนาญของข้าราชการ การสร้างความมั่นคงทางการเงินหลังวัยเกษียณตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการและการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้าน สำหรับบริบทสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยซึ่งกำลังเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เนื่องจากประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในขณะที่ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชีย นอกจากนี้ระดับรายได้ต่อหัวและระดับการศึกษาของไทย

ยังต่ำกว่าประเทศอื่นที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ผลจากการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยจึงอาจเกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรงกว่าในหลายประเทศ ทั้งนี้รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเริ่มออกมาตรการในด้านต่างๆ เช่น การลดภาษีนิติบุคคลให้แก่สถานประกอบการที่มีการจ้างงานผู้สูงอายุ การให้สินเชื่อที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ และการให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้บรรจุประเด็นความท้าทายของภาวะสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในร่างยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560-2579) อย่างไรก็ตามมาตรการเหล่านี้อาจยังไม่สามารถตอบโจทย์ของประเทศไทยได้ทั้งหมด<sup>(1)</sup>

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นสัญญาณที่หน่วยงานภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่าง

เป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความสุขในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เห็นได้จากแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545–2564) ซึ่งเป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง และจะต้องเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ นอกจากนี้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ”

การดำรงชีวิตที่จะให้ผู้สูงอายุมีความสุขนั้นไม่เพียงแต่ว่าการได้รับความสนับสนุนจากนโยบายหรือมาตรการต่างๆ เท่านั้น ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งที่ทุกคนปรารถนาและพยายามทุกวิถีทางที่จะหาความสุขให้กับตัวเอง ซึ่งความสุขของแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน และผู้สูงอายุมักขาดความสุขหรือมีความสุขลดลงได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายด้าน และต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางร่างกาย และจิตใจจากภาวะซึมเศร้า ภาวะสิ้นหวัง รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตมากกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยเข้าสู่ยุค Thailand 4.0 ที่มีการใช้เทคโนโลยี วิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ และการวิจัยในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพที่ดีอย่างครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขราบรื่นวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มติดสังคม ซึ่งถึงแม้จะสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง แต่บางรายยังมีภาระโรคเรื้อรัง ซึ่งหากไม่มีใครสนใจสักวันหนึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะกลายเป็นกลุ่มพึ่งพิงต่อไปได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มี

ความสุขคือการมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และการมีหลักประกันหรือความมั่นคง (Security) ในชีวิต (WHO, 2002) <sup>(2)</sup>

อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร <sup>(3)</sup> เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เนื่องจากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.48, 17.47, 17.76, 19.39 และ 20.24 (พ.ศ. 2560–2564) โดยพบผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60–69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70–79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ดังนี้ ปีพ.ศ.2560 ร้อยละ 55.73, 29.05 และ 15.22 ปีพ.ศ. 2561 ร้อยละ 55.01, 28.54 และ 16.45 ปีพ.ศ.2562 ร้อยละ 56.14, 28.39 และ 15.46 ปีพ.ศ.2563 ร้อยละ 56.59, 29.28 และ 14.12 ปีพ.ศ.2564 ร้อยละ 56.26, 29.31 และ 14.43 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับผู้สูงอายุวัยกลาง ส่วนผู้สูงอายุวัยปลายมีแนวโน้มลดลง ผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี บาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) พบผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12–20 คะแนน) ร้อยละ 98.43, 98.00, 98.13, 98.09, 98.42 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5–11 คะแนน) ร้อยละ 1.05, 1.41, 1.27, 1.36, 1.08 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0–4 คะแนน) ร้อยละ 0.51, 0.60, 0.60, 0.55, 0.50 ตามลำดับ แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึง “ความสุขในผู้สูงอายุ” ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษารื่องนี้ขึ้นเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลตามบริบทเพื่อให้ผู้สูงอายุอำเภอคลองลานมีความสุขในชีวิตสืบไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

## สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชรโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล จะมีระดับความสุขที่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพเดิม/ปัจจุบัน รายได้ความเพียงพอของรายได้ แหล่งของรายได้ สภาพการอยู่อาศัย การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

## ขอบเขตของการวิจัย

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ<sup>(4)</sup> รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>(5)</sup> แนวคิดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>(6)</sup>

การดำเนินงานผู้สูงอายุของอำเภอคลองลาน และแนวคิดเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ<sup>(7)</sup>

## ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ปีพ.ศ.2564 (โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี บาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index, คะแนน ADL = 12–20 คะแนน) จำนวน 8,183 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางของ Krejcie and Morgan<sup>(8)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง 368 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบบคืนที่

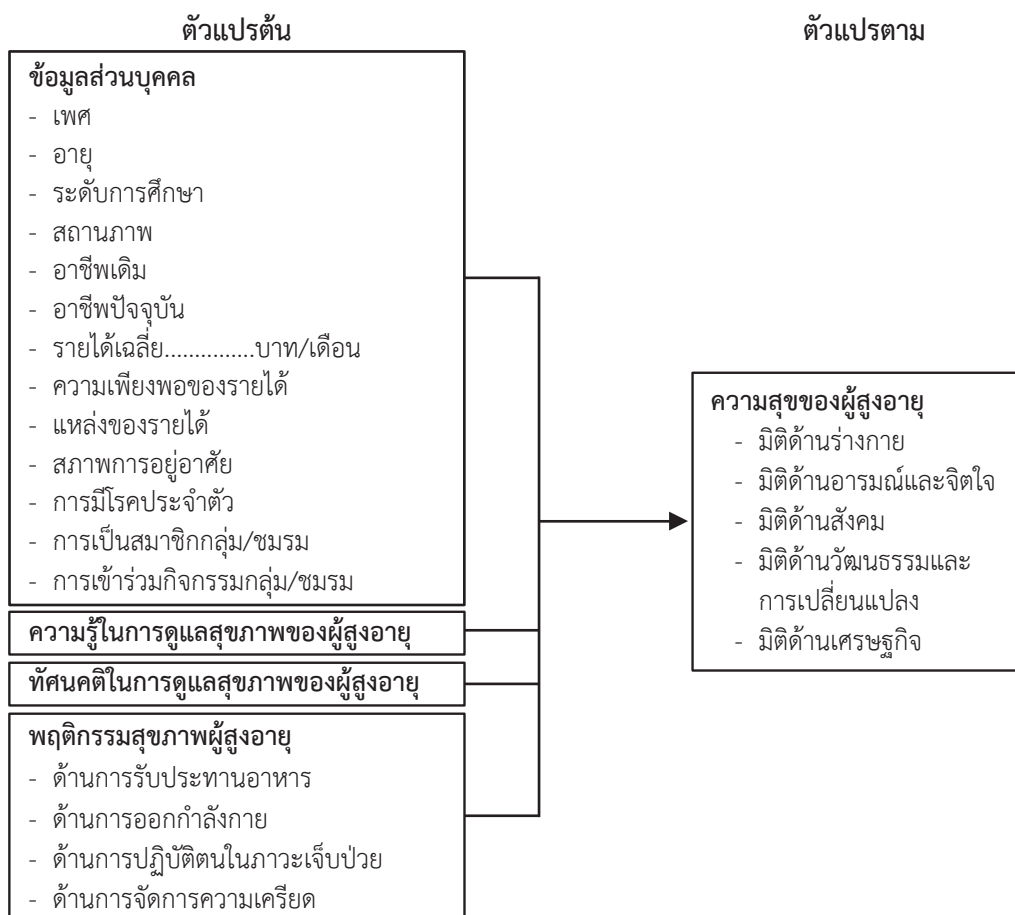
มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL (กลุ่มติดสังคม) และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร นานกว่า 6 เดือน
- 2) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ อ่านและเขียนหนังสือได้
- 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสมัครใจให้ข้อมูล

## ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ปีพ.ศ.2564 ในเขตอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 8,183 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางของ Krejcie and Morgan<sup>(8)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง 368 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบบสอบถาม 1 ชุดประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ **ส่วนที่ 2** ความรู้ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ (แบบตัวเลือก ถูก ผิด) **ส่วนที่ 3** เจตคติในการดูแลสุขภาพ (ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) จำนวน 20 ข้อ **ส่วนที่ 4** พฤติกรรมสุขภาพ (ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) จำนวน 29 ข้อ และ **ส่วนที่ 5** แบบประเมินความสุข (ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) จำนวน 37 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้รับการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ เจตคติ พฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความสุข เท่ากับ 0.84, 0.89, 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ

ข้อมูล (n = 368)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	3	0.82
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	62	16.85
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	303	82.33

$\bar{x}$  = 16.82, S.D. = 1.664, min = 8, max = 20

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยภาพรวมในระดับสูง (ร้อยละ 82.33) รองลงมาคือระดับปานกลางและต่ำ (ร้อยละ 16.85 และ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา t-test และ One-way ANOVA Chi-square และ Stepwise Multiple Regression

## การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 64 05 18 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2564

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.05) อายุเฉลี่ย 67.86 ปี การศึกษาระดับประถม (ร้อยละ 73.64) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.15) อาชีพเดิมและอาชีพปัจจุบันคือเกษตรกร (ร้อยละ 63.31 และ 48.65) รายได้เฉลี่ย 3,708.56 บาท/เดือน รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ที่มาของรายได้คือรัฐสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพ ฯลฯ (ร้อยละ 46.00) อาศัยอยู่กับครอบครัวพร้อมบุตรหลาน (ร้อยละ 67.30) โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 49.03, 17.42 และ 13.87 ตามลำดับ) ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม (ร้อยละ 64.67) ไม่ร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 52.44) จะเข้าร่วมนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 66.28) ความรู้และเจตคติภาพรวมในระดับสูง (ตารางที่ 1-2) พฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง โดยพบพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x}$  = 4.13, S.D. = 0.443) ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{x}$  = 3.49, S.D. = 0.176) (ตารางที่ 3)

0.82 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 16.82 คะแนน (ต่ำสุด 8 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน)

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับเจตคติในการดูแลสุขภาพ

ข้อมูล (n = 368)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-59 คะแนน)	2	0.54
ระดับปานกลาง (60-79 คะแนน)	132	35.87
ระดับสูง (80-100 คะแนน)	234	63.59

$\bar{x} = 82.13$ , S.D. = 8.132, min = 56, max = 100

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติในการดูแลสุขภาพโดยภาพรวมในระดับสูง (ร้อยละ 63.59) รองลงมาคือระดับปานกลางและต่ำ (ร้อยละ 35.87 และ

0.54 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 82.13 คะแนน (ต่ำสุด 56 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ข้อความ (n = 368)	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร	4.13	0.443	สูง
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	3.49	0.176	ปานกลาง
พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	4.06	0.443	สูง
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด	3.56	0.226	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.81</b>	<b>0.332</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.81$ , S.D. = 0.332) โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ( $\bar{x} = 4.13$ , S.D. = 0.443) รองลงมาคือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ( $\bar{x} = 4.06$ , S.D. = 0.443) และมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

( $\bar{x} = 3.49$ , S.D. = 0.176)

ความสุขในระดับสูง โดยมิติด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ( $\bar{x} = 3.99$ , S.D. = 0.124) ส่วนมิติด้านวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{x} = 3.36$ , S.D. = 0.574) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความสุขโดยรวมและรายด้าน

ข้อความ (n = 368)	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
มิติด้านร่างกาย	3.55	1.127	ปานกลาง
มิติด้านอารมณ์และจิตใจ	3.99	0.124	สูง
มิติด้านสังคม	3.98	0.183	สูง
มิติด้านวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลง	3.36	0.574	ปานกลาง
มิติด้านเศรษฐกิจ	3.63	0.112	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.70</b>	<b>0.276</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขภาพรวมในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.70$ , S.D. = 0.276) โดยมีมิติด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยความสุขสูงที่สุด ( $\bar{x} = 3.99$ , S.D. = 0.124) รองลงมาคือมิติด้านสังคม ( $\bar{x} = 3.98$ , S.D. = 0.183) โดยมีมิติด้านวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลง มีค่าเฉลี่ยความสุขต่ำที่สุด ( $\bar{x} = 3.36$ , S.D. = 0.574)

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุการศึกษา อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ต่างกันจะมีความสุขโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

- ความสุขโดยรวม ได้แก่ อายุ (อายุ 60–69 ปี กับอายุ 80 ปีขึ้นไป, อายุ 70–79 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป) การศึกษา (อนุปริญญาและสูงกว่า กับการศึกษาต่ำกว่า) อาชีพปัจจุบัน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ใช้แรงงาน) ความเพียงพอของรายได้ (เพียงพอเหลือเก็บ กับ ไม่เพียงพอ) โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม การเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความรู้ (ต่ำ กับ ปานกลาง, ต่ำ กับ สูง) ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรม

- มิติด้านร่างกาย ได้แก่ อาชีพปัจจุบัน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ใช้แรงงาน) ความเพียงพอของรายได้ (เพียงพอเหลือเก็บ กับ ไม่เพียงพอ, เพียงพอไม่เหลือเก็บ กับ ไม่เพียงพอ) โรคประจำตัว ระดับความรู้ (ต่ำ กับ ปานกลาง, ต่ำ กับ สูง และปานกลาง กับ สูง) ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรม

- มิติด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ อายุ (60–69 ปี กับอายุ 80 ปีขึ้นไป, อายุ 70–79 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป) อาชีพปัจจุบัน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ใช้แรงงาน) ระดับความรู้ (ต่ำ กับ ปานกลาง, ต่ำ กับ สูง) ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรม

- มิติด้านสังคม ได้แก่ อายุ (60–69 ปีกับอายุ 70–79 ปี, อายุ 60–69 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป และอายุ 70–79 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป) อาชีพเดิม (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ใช้แรงงาน, ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ทำงานเบา) อาชีพปัจจุบัน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ใช้แรงงาน, ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ทำงานเบา) การเป็นสมาชิกกลุ่ม ระดับความรู้ (ต่ำ กับ ปานกลาง, ต่ำ กับ สูง) ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรม

- มิติด้านวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

อายุ (60–69 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป, อายุ 70–79 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป) อาชีพปัจจุบัน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ใช้แรงงาน) รายได้ต่อเดือน (>10,000 บาท) การเป็นสมาชิกกลุ่ม ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรม

- มิติด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ (60–69 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป) อาชีพเดิม (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ทำงานเบา, ใช้แรงงาน กับ ทำงานเบา) อาชีพปัจจุบัน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ใช้แรงงาน, ไม่ได้ประกอบอาชีพ กับ ทำงานเบา และใช้แรงงาน กับ ทำงานเบา) ความเพียงพอของรายได้ (เพียงพอเหลือเก็บ กับ ไม่เพียงพอ, เพียงพอไม่เหลือเก็บ กับ ไม่เพียงพอ และเพียงพอเหลือเก็บ กับ เพียงพอไม่เหลือเก็บ) การเป็นสมาชิกกลุ่ม การเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความรู้ (ต่ำ กับ ปานกลาง, ต่ำ กับ สูง) ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ อายุของผู้สูงอายุ อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุ ความเพียงพอของรายได้ สภาพการอยู่อาศัย การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ระดับเจตคติในการดูแลสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 5) ปัจจัยทำนายระดับความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $\beta = 0.679$ ) ความรู้ของผู้สูงอายุ ( $\beta = -0.223$ ) อาชีพเดิม ( $\beta = 0.213$ ) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ( $\beta = -0.221$ ) ความเพียงพอของรายได้ ( $\beta = -0.206$ ) อายุของผู้สูงอายุ ( $\beta = 0.181$ ) และสภาพการอยู่อาศัย ( $\beta = 0.161$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 56.2 ( $R^2 = 0.562$ ) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ปัจจัย	$\chi^2$	df	p-value
อายุของผู้สูงอายุ	27.297	4	0.000
อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุ	39.493	4	0.000
ความเพียงพอของรายได้	22.147	4	0.000
สภาพการอยู่อาศัย	3.773	2	0.040
การมีโรคประจำตัว	10.437	2	0.005
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม	34.692	2	0.000
การเข้าร่วมกิจกรรม	55.328	2	0.000
ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ	41.974	4	0.000
ระดับเจตคติในการดูแลสุขภาพ	89.163	4	0.000
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	145.189	4	0.000



จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ อายุของผู้สูงอายุ ( $p < 0.001$ ) อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุ ( $p < 0.001$ ) ความเพียงพอของรายได้ ( $p < 0.001$ )

สภาพการอยู่อาศัย ( $p < 0.05$ ) การมีโรคประจำตัว ( $p < 0.05$ ) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ( $p < 0.001$ ) การเข้าร่วมกิจกรรม ( $p < 0.001$ ) ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ( $p < 0.001$ ) ระดับเจตคติในการดูแลสุขภาพ ( $p < 0.001$ ) และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ( $p < 0.001$ )

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ตัวแปร	b	SE (b)	Beta	t	p-value
- X <sub>1</sub> พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	1.082	0.090	0.679	12.087	0.000
- X <sub>2</sub> ความรู้ของผู้สูงอายุ	-1.819	0.465	-0.223	-3.911	0.000
- X <sub>3</sub> อาชีพเดิม	3.029	0.815	0.213	3.717	0.000
- X <sub>4</sub> การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม	-5.832	1.543	-0.221	-3.780	0.000
- X <sub>5</sub> ความเพียงพอของรายได้	-3.579	0.987	-0.206	-3.627	0.000
- X <sub>6</sub> อายุของผู้สูงอายุ	0.415	0.138	0.181	3.018	0.003
- X <sub>7</sub> สภาพการอยู่อาศัย	3.071	1.075	0.161	2.857	0.005
<b>Constant</b>	19.546	16.915	-	1.155	0.025

$$R = 0.750 \quad R^2 = 0.562 \quad \text{Adj}R^2 = 0.542 \quad F = 27.734 \quad p = 0.000$$

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร มากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $\beta = 0.679$ ) ส่วนตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการในลำดับถัดไป ได้แก่ ความรู้ของผู้สูงอายุ ( $\beta = -0.223$ ) อาชีพเดิม ( $\beta = 0.213$ ) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/

ชมรม ( $\beta = -0.221$ ) ความเพียงพอของรายได้ ( $\beta = -0.206$ ) อายุของผู้สูงอายุ ( $\beta = 0.181$ ) และสภาพการอยู่อาศัย ( $\beta = 0.161$ ) โดยสามารถรวมกันทำนายได้ร้อยละ 56.2 ( $R^2 = 0.562$ ,  $p = 0.000$ ) และสามารถนำมาเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ

$$Y' = 19.546 + 1.082(X_1) - 1.819(X_2) + 3.029(X_3) - 5.832(X_4) - 3.579(X_5) + 0.415(X_6) + 3.071(X_7)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Zy' = 0.679(Z_1) - 0.223(Z_2) + 0.213(Z_3) - 0.221(Z_4) - 0.206(Z_5) + 0.181(Z_6) + 0.161(Z_7)$$

## วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 67-86 ปี การศึกษาระดับประถม สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน อาชีพเดิมและอาชีพปัจจุบันคือเกษตรกร รายได้เฉลี่ย 3,708.56 บาท/เดือน เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ที่มาของรายได้คือรัฐสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพ อาศัยอยู่กับครอบครัวพร้อมบุตรหลาน มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ไม่เข้าร่วมกิจกรรม หรือเข้าร่วมนานๆ ครั้ง อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลานที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็น

ผู้สูงอายุวัยต้น อาศัยอยู่กับคู่ครองและครอบครัวบุตรหลาน มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำเนื่องจากได้รับเบี้ยยังชีพจากรัฐสวัสดิการเป็นส่วนใหญ่ รายได้พอใช้กับการดำเนินวิถีชีวิต แต่ไม่เหลือเก็บ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง) ไม่ค่อยมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม/ชมรมในหมู่บ้าน เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการประกอบอาชีพเกษตรกร เพราะการศึกษาต่ำและต้องสร้างรายได้เลี้ยงครอบครัว (เป็นครอบครัวขยาย) ทำให้เข้าร่วมกิจกรรม 2-3 ครั้ง<sup>(2)</sup> ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากคือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง<sup>(9, 10)</sup>

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติในการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและความสุขโดยรวมในระดับสูง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ถึงแม้จะมีการศึกษาเพียงระดับชั้นประถม แต่ก็มีโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่เมื่อมีความเครียด ผู้สูงอายุจะหงุดหงิด หมกมุ่นกับปัญหา หรือกังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน (ทำให้ผู้สูงอายุบางรายต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) และความสุข ซึ่งสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเอง การเจ็บป่วยทางกายและทางใจหรือการเกษียณอายุจากงานประจำ การสูญเสียคู่ครอง หรือเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน ล้วนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจใจตนเองน้อยรวมถึงรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า<sup>(11)</sup>

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความสุขโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความรู้ ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน จะมีระดับความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะอายุ (กลุ่มอายุ 60–69 ปีกับกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 70–79 ปีกับกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป) มีผลต่อความสุขโดยรวมและรายด้าน รวมทั้งระดับความรู้ ระดับเจตคติ และระดับพฤติกรรมมีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร และยังพบว่าการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพสูงจะมีความสุขโดยรวมสูงตามไปด้วย ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสุขสูงสุด<sup>(12)</sup>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ อายุของผู้สูงอายุ อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุ ความเพียงพอของรายได้ สภาพการอยู่อาศัย

การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความรู้ ระดับเจตคติและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนปัจจัยพยากรณ์ระดับความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $\beta = 0.679$ ) ความรู้ของผู้สูงอายุ ( $\beta = -0.223$ ) อาชีพเดิม ( $\beta = 0.213$ ) การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ( $\beta = -0.221$ ) ความเพียงพอของรายได้ ( $\beta = -0.206$ ) อายุของผู้สูงอายุ ( $\beta = 0.181$ ) และสภาพการอยู่อาศัย ( $\beta = 0.161$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 56.2 ( $R^2 = 0.562, p = 0.000$ ) อธิบายได้ว่าระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัยทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของตัวบุคคล รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมต่างๆ เช่น รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนกิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในชีวิต<sup>(13,14,15)</sup> นอกจากนี้ความรู้สึกการสูญเสียทรัพย์สินมีค่า หรือของรักที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อบุคคลก็ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเศร้าโศก เสียใจ เจ็บใจ โทษตนเอง จนคิดอยากตายได้เช่นกัน<sup>(16)</sup>

## สรุป

การศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร” ครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้สูงอายุวัยต้น อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวพร้อมบุตรหลาน และยังคงประกอบอาชีพทางการเกษตร เนื่องจากมีความรู้ต่ำและรายได้ส่วนใหญ่มาจากรัฐสวัสดิการ ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อระดับความสุข โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ การศึกษา อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม การเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ต่างกันจะมีความสุขโดยรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1.1 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องเร่งเฝ้าระวังและดำเนินการโดยให้ความรู้เกี่ยวกับ

การจัดการความเครียด ตลอดจนการปฏิบัติตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่างๆ รอบด้าน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะวิกฤตเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องทำการประเมินภาวะเครียด และประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ประชาชนในละแวกรับผิดชอบ พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยเฉพาะ

อ. อารมณ์ ให้รู้จักผ่อนคลายและปล่อยวาง

1.3 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) ควรส่งเสริมสนับสนุนการออกกำลังกายของประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3-5 ครั้งๆ ละประมาณ 30 นาที หรือตามความเหมาะสมกับสภาพของร่างกาย/ภาวะโรคที่เป็นอยู่

1.4 หมู่บ้าน/ชุมชน ควรดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเชิงลึกถึงความสุขของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ รวมทั้งผลกระทบของโรคโควิด-19 เปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง)

2.2 ควรทำการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุที่เปิดดำเนินการในพื้นที่อำเภอคลองลานเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง

2.3 ควรทำการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรที่อนุญาตให้ใช้ฐานข้อมูล (HDC-Report) สาธารณสุขอำเภอคลองลานที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้เกิดงานวิชาการนี้ขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. ธนาคารแห่งประเทศไทย. ความท้าทายของภาวะสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. (อินเทอร์เน็ต). 2561. (เข้าถึงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2564). เข้าถึงจาก : <https://www.bot.or.th/Thai/Pages/default.aspx>
2. อรรถกร เฉยทิม. ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน แผนก ก แบบ ก 2 ระดับ ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. HDC-Report 2564 กลุ่มรายงานมาตรฐาน. 2564.
4. จันทนา สารแสง. คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
5. ยุวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. รายงานการวิจัย รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2559.
7. วริศรา อินทรแสน. การพัฒนารูปแบบสังคมผู้สูงอายุด้านความสุข ในยุคไทยแลนด์ 4.0. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต) สาขาวิชาพัฒนศึกษา แบบ 2.1 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.

8. มารยาท โยทงยศ, ปราณี สวัสดิ์สรรพ.การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย (อินเทอร์เน็ต). 2564. (เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2564). เข้าถึงจาก : <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>
9. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, อัชฌา ชื่นบุญ. ความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2563; 6(1):58-70.
10. สมหญิง ฤทธิ์ลือไกร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 10 ประจำปีการศึกษา 2559. (รายงานการประชุม) : 2191-2200; 2559.
11. ปิยภรณ์ เลาหบุตร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
12. ฐิตินันท์ นาคผู้, สุปราณี สนธิรัตน์. การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต) คณะสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2558; 41(1):88-104.
13. จิตนภา ฉิมจินดา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
14. ณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ. ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) คณะพยาบาลศาสตร์. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
15. เปรมวดี คฤหเดช, พรพรรณ วรสีหะ, สำหรี แดงทองดี, สุรางค์ เชื้ออณิชากร, พูนสุข ช่วยทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขของผู้สูงอายุเกษียณอายุราชการกับปัจจัยส่วนบุคคลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและวิถีชีวิต. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2561; 62(5):815-830.
16. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย และพรพรรณ ส่องแสง. การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(3):33-47.

# ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

## The Effect of Supportive Nursing Care on Life Satisfaction and Self-Care Agency in HIV Infected Patient

กัญจน์พร มนเดช พย.บ.

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลวชิรбарามิ

### บทคัดย่อ

โรคเอดส์ เป็นโรคร้ายแรงที่สุดในบรรดาโรคติดเชื้อต่างๆ ในปัจจุบัน และเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสังคม การแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจของประเทศ และมีผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อมากมายหลายด้าน การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ทราบผลการตรวจเลือดพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวี (HIV seropositive) โรงพยาบาลวชิรбарามิเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง แบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิต และแบบสอบถามเพื่อ วัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ตามแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$  จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง สามารถนำไปประยุกต์ เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงทำการวิจัยเพื่อขยายผลการวิจัยต่อไป และควร ติดตามศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มภายหลังจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อหาวิธีการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** การพยาบาลแบบสนับสนุน ความพึงพอใจในชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

### Abstract

AIDS is one of the world's most deadly epidemics of infectious diseases at the present time. It is also considered a critical problem worldwide. This is because of HIV infection has seriously direct effects on society, medical treatment, public health, the national economy, and most importantly the lives of the infected patients. This study was quasi-experimental research to examine the outcome of supportive nursing towards self-care for life satisfaction and capacity of self-management in HIV-infected patients. The samples of the present research were the persons who lived with HIV at Wachirabarami Hospital and were performed with accidental

samplings of 40 persons, which were divided into the experimental group of 20 persons and the controlled group of 20 persons. The research instruments included supportive nursing plans for self-care which was adopted from the notion of theory of Self-care Deficit by Orem in the supportive nursing approach, questionnaire on life satisfaction and self-management of HIV-infected patients. The experimental group received the supportive nursing plans designed for the present study, and the controlled group received regular nursing care. The data were statistically analyzed with frequency, percentage, mean, standard Deviation, and Independent t-test. Results were found that; The experimental group who received the supportive nursing plans for self-care had higher average scores of life satisfaction and capacity for self-management after the implementation of the supportive nursing than the controlled group who received regular nursing care with a statistical significance of  $<.01$ .

Suggestions results from the study showed that supportive nursing could be applied as a guideline for enhancing the quality of caring for HIV-infected patients. It was suggested for further studies and continuity of monitoring of the patients who participated in this study for the long run so that they could carry on the progress of the practice.

**Keywords :** supportive nursing care, life satisfaction, HIV-infected persons

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ เป็นโรคระบาดร้ายแรงที่สุดในบรรดาโรคติดต่อต่างๆ ในปัจจุบัน และเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสังคม การแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจของประเทศ และมีผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อมากมายหลายด้าน<sup>(1)</sup> กล่าวคือ ด้านร่างกาย จะพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลงมาก และเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ปอดอักเสบ จากการติดเชื้อนิวโมซิสติสคาร์ริไนโอ (Pneumocystis carinii) ร้อยละ 60 เกิดโรคแทรกซ้อนในระบบประสาทได้ถึงร้อยละ 40 – 70 ระบบทางเดินอาหารประมาณร้อยละ 50 – 90<sup>(2)</sup> รวมทั้งมะเร็งที่ผิวหนัง (Kaposi's sarcoma) ก็เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกัน ทางด้านจิตใจเนื่องจากยังไม่มีวิธีรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ในปัจจุบัน เมื่อเกิดอาการขึ้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน<sup>(3)</sup> จึงทำให้มีการเผชิญกับความกดดันทางด้านจิตใจ อาจเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หดหวัง ท้อแท้ เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิต และอนาคตที่จะต้องเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามาทางด้านสังคม โรคเอดส์เป็นโรคที่ได้รับการรังเกียจจากสังคม

อาจเป็นเพราะคนในสังคมขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่ไม่ควรได้รับความเห็นใจ สมควรได้รับการลงโทษจากสังคม<sup>(4)</sup> เพราะส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางศีลธรรม หรือเป็นผู้ติดยาเสพติดมาก่อน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวได้ยาก บางรายพยายามปิดบังความเจ็บป่วยของตนเนื่องจากกลัวบุคคลรอบข้างรังเกียจ รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง กลัวได้รับการทอดทิ้งจากครอบครัว คู่สมรส บุคคลอันเป็นที่รัก และถอยหนีออกจากสังคมเป็นต้น<sup>(5)</sup> ทางด้านเศรษฐกิจจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจถูกไล่ออกจากงานภายหลังที่นายจ้างทราบว่ามีโรคติดเชื้อหรือถูกบังคับให้ตรวจเลือดก่อนรับเข้าทำงาน ต้องใช้จ่ายเงินทองในการดูแลรักษาพยาบาล เป็นต้น

นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายและสังคมแล้ว การติดเชื้อเอชไอวียังจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านจิตใจ ความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มในการปฏิบัติตัวต่อโรค<sup>(1)</sup> ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดต่ำลงด้วย ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่จะปฏิบัติกร เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อคงไว้ซึ่ง

กระบวนการของชีวิต โครงสร้าง และหน้าที่ตามพัฒนาการ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุก<sup>(6)</sup> (Orem, 2001) ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องสะท้อนถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในแต่ละสถานการณ์อันประกอบไปด้วย ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self Care Requisites) และความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites)<sup>(6)</sup> ถ้าบุคคลใดมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency) มากกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand) บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และส่งผลไปสู่การชะลอโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง แต่ถ้าบุคคลใดมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่า ก็จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self Care Deficit) เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเครียด มีอารมณ์โกรธ น้อยใจในโชคชะตาของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเพียงพอ จึงอยู่ในสภาวะของการรับรู้ความรู้สึกไม่ชื่นชม ยินดี หรือพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่หรือที่จะเป็นไป ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือไม่พึงพอใจในชีวิตของตนได้ ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตคือ ความพึงพอใจของบุคคลที่สามารถจัดความขัดแย้งภายในตนเอง และเกิดได้จากกรที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งการกระทำใดๆ ของบุคคลที่ปรากฏนั้นมักจะขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลนั้น และเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยความพึงพอใจในชีวิตนั้นจะต้องครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน<sup>(7)</sup> คือการมีความสุขในการดำเนินชีวิต การมีความตั้งใจและอดทนในการดำเนินชีวิต การมีความรู้สึกประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ การมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวกและการมีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน<sup>(2)</sup> ความพึงพอใจในชีวิตนั้นจะมีมากขึ้นอยู่กับการได้รับการตอบสนองเมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองมากก็ย่อมจะมีความพึงพอใจในชีวิตมาก แต่ถ้าได้รับการตอบสนองน้อยย่อมจะมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงไป

จังหวัดพิจิตรเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2559 2560 2561 และ 2562 คือ 2,098 คน 2,204 คน 2,335 คน และ 2,419 คนตามลำดับ และจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่คือ 191 คน 214 คน 181 คน และ 151 คนตามลำดับ<sup>(8)</sup> อำเภอลำดวนมีพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2559 2560 2561 และ 2562 คือ 80 คน 85 คน 94 คน และ 99 คนตามลำดับ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 7 คน 10 คน 6 คน และ 6 คนตามลำดับ<sup>(8)</sup> จากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลลำดวนจำเป็นต้องรับภาระการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากประชาชนและชุมชนอีกจำนวนมากยังไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

จากความสำคัญข้างต้นและอำเภอลำดวนมียังไม่เคยมีการวิจัยเรื่องผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการศึกษานี้คาดว่าจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ควรได้รับการช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค และการได้รับการบริการปรึกษาจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือการเผชิญกับภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในชีวิต สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว)  
การพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง (ความรู้ที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพจิต)

1. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

## วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอำเภอวาริชภูมิ จังหวัดพิจิตร

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดพิจิตร จำนวน 84 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองตามแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลวาริชภูมิ ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนครบขั้นตอน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน

ต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะด้าน และผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้โดยเน้นการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ร่วมกับการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเอดส์ การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการส่งเสริมสุขภาพจิต

2. แบบสอบถาม (questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

2.2 แบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิต มีข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบ



ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการมีความสุขในการดำเนินชีวิต การมีความตั้งใจและอดทนในการดำเนินชีวิต การมีความรู้สึกประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ การมีแนวคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวก และการมีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน ซึ่งข้อคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ

2.3 แบบสอบถามเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อคำถาม ครอบคลุมความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและความสามารถในการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ โดยข้อคำถามมีทั้งข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบาง ครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของแผนการพยาบาลและความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยพิจารณาความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องของแผนการพยาบาล และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรของแบบสอบถาม จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแผนการพยาบาล และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Index of item objective congruence: IOC) กำหนดเกณฑ์ค่า  $IOC > .05$  ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า  $IOC = .90$  แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ณ คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และแบบสอบถามเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผู้วิจัยได้ขอรับการอนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 12/2563 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2563

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมงานวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการเตรียมความพร้อมจากทีมงานวิจัย ในการดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการจัดอบรมให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือ และวิธีการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลวชิรบูรณ์ จังหวัดพิจิตร แนะนำตัว และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการพิทักษ์สิทธิในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นบุคคล และการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนและรายละเอียดต่างๆ โดยใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมทางวาจาในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยแบ่งเป็น

**กลุ่มทดลอง:** ทีมผู้วิจัยดำเนินการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการครั้งละ 30 – 40 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ (ครั้งที่ 1 หลัง Pre-test) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นเป็นกันเองระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการตกลงร่วมกันในการตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล รวมทั้งพยายามขจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

**ขั้นตอนที่ 2** การดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2, สัปดาห์ที่ 4, สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12) โดยแต่ละครั้งจะมีหลักการ ดังนี้

สำรวจปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีศึกษาปัญหาสาเหตุ และความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วางแผนแก้ไขปัญหาให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเอง ให้บริการปรึกษาแนะนำ การสนับสนุนให้กำลังใจการเฝ้าระวังอาการต่างๆ การกระตุ้นส่งเสริมการช่วยอำนวยความสะดวกในการแสวงหาแหล่งประโยชน์

**ขั้นตอนที่ 3** การยุติบริการ (สัปดาห์ที่ 12)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้วิจัยดำเนินการซึ่งผู้วิจัยสรุปประเด็น และเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีการซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่พอใจ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตจำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ (Post-Test) จึงสิ้นสุดการดำเนินการ

**กลุ่มควบคุม:** จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติซึ่งหมายถึง การพยาบาลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับจากพยาบาล ณ คลินิกรักษาโรคเอดส์โรงพยาบาลวชิรบรรณมี เช่น การตรวจวัด Vital Sign/ซึ่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง การบริการเข้ากลุ่มรับความรู้เรื่องโรคเอดส์ การจัดบริการเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายรับใบสั่งยา และนัดหมายวันรับบริการครั้งต่อไป ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตจำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ (Post-Test) เมื่อครบ 12 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในชีวิตและคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

### ผลการวิจัย

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	11	27.50	11	27.50	22	55.00
หญิง	9	22.50	9	22.50	18	45.00
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า 20ปี	1	2.50	-	-	1	2.50
20 - 30 ปี	4	10.00	5	12.50	9	22.50
31 - 30 ปี	5	12.50	8	20.00	13	32.50
41 - 50 ปี	8	20.00	6	15.00	14	35.00
51 - 60 ปี	1	2.50	-	-	1	2.50
มากกว่า 60 ปี	1	2.50	1	2.50	2	5.00
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	6	15.00	6	15.00	12	30.00



ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คู่	8	20.00	8	20.00	16	40.00
หม้าย	3	7.50	3	7.50	6	15.00
หย่า	1	2.50	1	2.50	2	5.00
แยกกันอยู่	2	5.00	2	5.00	4	10.00
<b>การศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	7.50	3	7.50	6	15.00
ประถมศึกษา1	7	17.50	5	12.50	12	30.00
มัธยมศึกษา	8	20.00	9	22.50	17	42.50
ปริญญาตรี	2	5.00	3	7.50	5	12.50
<b>อาชีพ</b>						
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2	5.00	-	-	2	5.00
ค้าขาย	2	5.00	5	12.50	7	17.50
เกษตรกรกรรม	1	2.50	5	12.50	6	15.00
นักเรียน	1	2.50	-	-	1	2.50
รับจ้าง	14	35.00	10	25.00	24	60.00
<b>รายได้ต่อเดือน</b>						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	9	22.50	4	10.00	13	32.50
3,001 - 4,500 บาท	2	5.00	10	25.00	12	30.00
4,501 - 6,000 บาท	5	12.50	2	5.00	7	17.50
6,001 - 7,500 บาท	3	7.50	3	7.50	6	15.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 7,501บาท	1	2.50	1	2.50	2	5.00
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ และมีเงินออม	8	20.00	5	12.50	13	32.50
พอใช้ แต่ไม่มีเงินออม	6	15.00	9	22.50	15	37.50
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	6	15.00	6	15.00	12	30.00
<b>บทบาทในครอบครัว</b>						
หัวหน้าครอบครัว	9	22.50	11	27.50	20	50.00
สมาชิกครอบครัว	11	27.50	9	22.50	20	50.00
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>						
อยู่คนเดียว	2	5.00	1	2.50	3	7.50
2 - 4 คน	14	35.00	13	32.50	27	67.50
5 - 7 คน	4	10.00	5	12.50	9	22.50
8 - 10 คน	-	-	1	2.50	1	2.50

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความพึงพอใจในชีวิต (n=20)	Mean	S.D.	F	p-value (2-tailed)
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
กลุ่มควบคุม	31.95	1.95	.377	.19
กลุ่มทดลอง	31.20	1.60		
<b>หลังการทดลอง</b>				
กลุ่มควบคุม	34.55	1.35	.107	.00*
กลุ่มทดลอง	44.45	1.63		

\* $p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง จำนวน 20 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในชีวิต ก่อนการทดลอง 31.95 และ 31.20 หลังการทดลอง 34.55 และ 44.55

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่ม

ที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต ไม่ต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.01$

**ตารางที่ 3** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (n=20)	Mean	S.D.	F	p-value (2-tailed)
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
กลุ่มควบคุม	51.60	1.69	2.309	.09
กลุ่มทดลอง	52.60	1.95		
<b>หลังการทดลอง</b>				
กลุ่มควบคุม	52.80	1.43	.033	.00*
กลุ่มทดลอง	67.35	1.43		

\* $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง จำนวน 20 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง 51.60 และ 52.60 หลังการทดลอง 52.80 และ 67.35

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และ

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.01$

## สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง จำนวน 20 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในชีวิต ก่อนการทดลอง 31.95 และ 31.20 หลังการทดลอง 34.55 และ 44.55 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต ไม่ต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง และหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.01$

อภิปรายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองตามแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ นั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการตั้งแต่การเริ่มสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มทดลองก่อน มีการแนะนำตนเอง ทักทายกับกลุ่มทดลองด้วยท่าที่เป็นมิตร มีสีหน้าที่ยิ้มแย้ม พูดคุยกับกลุ่มทดลองในเรื่องต่างๆ ไป ทั้งที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ต่างๆ ไป และอาการเจ็บป่วยที่มาโรงพยาบาลก่อน มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการสนทนา ก่อนบอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองแก่กลุ่มทดลอง มีการตกลงการให้บริการพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นบุคคล และการเก็บรักษาความลับของกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นสิ่งชี้้นำให้กลุ่มทดลองเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย กล่าวที่จะระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อค้นหาแนวทางในการแก้ไข<sup>(6)</sup> ที่กล่าวว่าการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจชีวิตด้วยตนเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วน

ร่วมในการควบคุมตนเองทำให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น ในการที่จะดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำและดูแลของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองคำพูดหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น การมอง การสัมผัส การช่วยด้านร่างกาย และคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยริเริ่มและพยายามปฏิบัติการดูแลตนเอง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ทั้งหมดของกิจกรรมการพยาบาลระบบสนับสนุนจึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองมีความพึงพอใจในชีวิตทั้ง 5 ด้านประกอบด้วยด้านการมีความสุขในการดำเนินชีวิต ด้านการมีความตั้งใจและอดทนในการดำเนินชีวิต ด้านการมีความรู้สึกประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ด้านการมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวก และด้านการมีอารมณ์แจ่มใสเบิกบานดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fahimeh Shojaee Shad et.al. ในปี 2019<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของโอเร็มมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Diah Karmiyati และ Yanuarty Paresma Wahyuningsih ในปี 2018<sup>(10)</sup> ที่ได้ศึกษาการวิเคราะห์ผลของความสามารถในการดูแลตนเองที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีผลในเชิงบวกต่อความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรพรรณ มหาศรานนท์ และคณะ ในปี 2562<sup>(11)</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพยาบาล

แบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในชีวิต สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตนเอง จำนวน 20 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง 51.60 และ 52.60 หลังการทดลอง 52.80 และ 67.35 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองไม่ต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตนเองและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับที่ได้รับการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายได้ว่า การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองนั้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ยึดหลักการสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง มีการประคับประคองด้านจิตใจ มีการให้บริการปรึกษา สนับสนุนให้กำลังใจ ที่จะส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความรู้ที่ดี เป็นมิตร กล่าวคือ สามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง จากหลักการนี้โอเร็ม กล่าวว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

และกระทำการดูแลตนเองได้สำเร็จ ภายใต้จุดเด่นของกิจกรรม คือ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจชีวิตด้วยตนเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องการรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาที่ได้รับ พร้อมทั้งเหตุผลของการรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญภาวะเครียด และคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>(6)</sup> ทั้งหมดของกิจกรรมการพยาบาลระบบสนับสนุนจึงส่งผลให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาลิตา นราวุฒิพร และคณะ ในปี 2558<sup>(12)</sup> ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐมโดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ การให้คำแนะนำชี้แนะ การสนับสนุนด้านต่างๆ และการสร้างสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางโภชนาการ ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง สูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง ดีกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ

คณินิจ เพชรรัตน์ และคณะ ในปี 2561<sup>(13)</sup> ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $<.01$  ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ภายหลังจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อหาวิธีการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับข้อคิดเห็นและความพึงพอใจของการใช้การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3. ภาครัฐควรให้ความสำคัญเรื่องการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน

### เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ ดาโลดม, อรุณช ภาชีน, ฉวีวรรณ บุญสุยา. แรงสนับสนุนทางสังคมภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิต และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง. วารสารคุณภาพชีวิตและกฎหมาย. 2561; 14(2):12-26.
2. วันดี โตสุขศรี. การพยาบาลอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
3. คณิสร์ แก้วแดง และสุมาลี ราชนิยม. พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2558; 26(1): 128-135.

4. สุนทรี ภิญโญมิตร, ธัญญวลัย บุญประสิทธิ์, เยาวพรรณ รุจิราวิวัฒน์กุล, ดวงเนตร ธรรมกุล, อัจศรา ประเสริฐสิน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2558; 9(2):52-58.
5. ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว, จินตนา วัชรสินธุ์, วรณีย์ เดียววิเศษ. ผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561; 36(2): 141-148.
6. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K.M. Nursing: Concepts of practice. 6th Edition. St. Louis: Mosby; 2001.
7. อรดี โชติเสน สุรเดช ประดิษฐ์บาทูภา และอารี ชิวเกษมสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิรินธร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2558; 16(1):41-50.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Internet). 2563 (เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2562). เข้าถึงได้จาก: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>
9. Shad, F. S., Rahnama, M., Abdollahimohammad, A., Sima, S.A.D. An Investigation Into the Impact of Orem's Self-Care Program on Life Satisfaction in Hemodialysis Patients: A Clinical Trial Study. Medical-Surgical Nursing Journal. 2018;7(4).
10. Karmiyati, Diah, Yanuarty Paresma Wahyuningsih. Self-Care Ability and Self-Compassion: The Implication toward Life Satisfaction of the Elderly. 4th ASEAN

- Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018). Atlantis Press, 2019.
11. วรพรรณ มหาศรานนท์, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, รุ่งนภา ชัยรัตน์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และ ทรวงอก. 2562; 30(1):102-116.
  12. ปาลิตา นราวุฒิพร, ศากุล ช่างไม้, สมพันธ์ หิณูชีระนันท์. ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2558; 8(4):41-60.
  13. คะนิงนิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, จุฑามาศ กิติศรี. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2561; 45(1):37-49.



## ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมแสง

### The Effects of Resilience Enhancement Program on Self – Esteem and Depression of Patients with major – depressive disorder in Chum Saeng Hospital

ศรisha เสวยทรง พย.บ.

โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) รูปแบบการวิจัยแบบ nonequivalent two groups pretest – posttest design กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมแสง จำนวน 40 ราย ได้จากการ ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยวิธีการจับคู่ (Matching subject) ได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้การทดลองคือ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired Simple t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent Simple t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลด้วยสถิติ One - Way Repeated Measure ANOVA

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### Abstract

The purpose of this research was to study the The Effects of Resilience Enhancement Program on Self – Esteem and Depression of Patients with major – depressive disorder in Chum Saeng Hospital This research is an experimental research. Research type is Quasi – experimental research nonequivalent two groups pretest – posttest design. The sample group was Depressive patients who come to a psychiatric clinic 40 cases of Chum Saeng Hospital were obtained by

using Purposive sampling. Randomly assigned to the experimental group and the control group by Matching subject. The experimental group consisted of 20 people and the control group of 20 people. The experimental tool was Resilience Enhancement Program and the tools used to collect data are questionnaires. The data were analyzed by frequency, number, percentage, mean, standard deviation. Differences between experimental and control groups were analyzed using Paired Simple t-test statistic and statistically comparative analysis of differences between experimental and control groups using Independent Simple t-test. A comparative analysis of differences within the experimental group before participating in the program. after the program and follow-up distance with One-Way Repeated Measure ANOVA statistics.

#### The research found that

1. After the end of the program, the experimental group had a statistically significant increase in self-esteem and a decrease in patients' depression than before participating in the program at the .05 level.
2. After the end of the program, the experimental group had a statistically significant increase in self-esteem and a decrease in patients' depression than the control group at .05.
3. During the follow-up period, the experimental group had a statistically significant increase in self-esteem and a decrease in patients' depression after the end of the program and before joining the program at the .05 level.

**Keywords :** The Effects of Resilience Enhancement Program , Self – Esteem , Patients with major depressive disorder

## บทนำ

สภาพสังคมไทยปัจจุบันมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและหลากหลายทั้งภาวะเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การแข่งขันในสังคม ปัญหาการเมือง ปัญหาภัยพิบัติจากธรรมชาติ ปัญหาโรคโควิด-19 อีกทั้งพฤติกรรมของบุคคลในสังคมส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมาก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ภาระโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกพบว่าโรคซึมเศร้าที่เคยมีแนวโน้มเป็นภาระโรคจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี 2020<sup>(1)</sup> และคาดการณ์ว่าปัญหานี้จะกลายเป็นอันดับที่ 1 ในปี ค.ศ.2030<sup>(2)</sup> แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

จากรายงานกรมสุขภาพจิตพบผู้ป่วยสะสมด้วยโรคซึมเศร้า จำนวนทั้งสิ้น 1,166,415 คน ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1,111,938 คน ในปี 2564 และ 963,420 คน

ในปี 25632 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมแสงพบผู้ป่วยสะสมด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2564 จำนวน 330, 469, 517, 661 และ 712 คน ตามลำดับ<sup>(4)</sup> ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายพบได้ในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยทำงานซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการแข่งขันและความกดดันอย่างต่อเนื่องเมื่อบุคคลไม่สามารถ เผชิญกับปัญหาจะเกิดความเครียดสะสม เมื่อรุนแรงมากขึ้นส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดซึมเศร้า มี 2 ปัจจัยหลักคือปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งเบ็ค<sup>(5)</sup> กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีจิตใจพื้นฐานบางอย่างเป็นผลจากประสบการณ์วัยเด็ก โดยเหตุการณ์นั้นส่งผลทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อพบภาวะวิกฤตอีก การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกลับมา กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ มีความสัมพันธ์กับ ผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับ

มองตนเองไร้ค่า สิ้นหวังความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ<sup>(6)</sup> ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นตัวทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากถึง ร้อยละ 81

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง<sup>(7)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาขึ้นได้ด้วยการสร้างความรู้สึกดีต่อตนเองโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (resilience enhancement) ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เชื่อมั่นในตนเอง มีทักษะในการจัดการปัญหาและอารมณ์ มีความสามารถในการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ปรับกระบวนการคิดของตน ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์<sup>(8)</sup> จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(9)</sup> หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่ออาการซึมเศร้ามลดลงได้และจากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าการศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของกร็อทเบิร์ก<sup>(9)</sup> ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมองเห็นความสำคัญของแนวคิดดังกล่าวและประโยชน์ที่เกิด

ขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าและลดภาวะซึมเศร้าได้ ส่งผลให้มีความพร้อมอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

**วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย** มีดังนี้

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมแสง

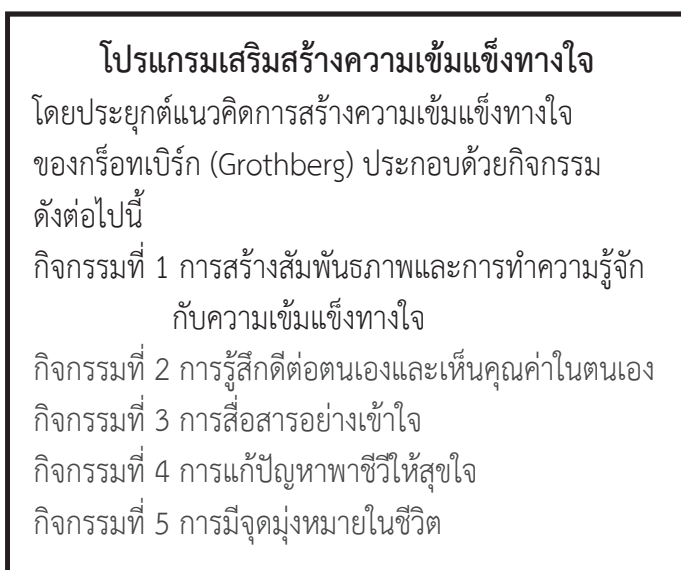
**วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย** มีดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าภายในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตามผล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (nonequivalent two groups pretest – posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกกลุ่มรหัสโรค F32-F33 ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมแสงจำนวน 40 คน มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยวิธีการจับคู่ (Matching subject) โดยจัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นโปรแกรมในรูปแบบของกิจกรรมการบำบัดทางจิตสังคมที่พยาบาลจัดกระทำให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นกระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้ายให้สามารถฟื้นตัวขึ้นได้จากประสบการณ์ที่ยุ่ยากและรุนแรง เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจที่ยั่งยืน มีการดำเนินการอย่างมีแบบแผนโดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มเพื่อสร้างความมั่นใจในตนเองมีความเข้มแข็งและกำลังใจในการเผชิญปัญหาสามารถจัดการกับปัญหาและภาวะวิกฤติของชีวิตได้รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายในชีวิต ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้โดยประยุกต์แนวความคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรือทเบิร์ก<sup>(1)</sup> โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

และ การทำความรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ กิจกรรมที่ 2 การรู้สึกดีต่อตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารอย่างเข้าใจ กิจกรรมที่ 4 การแก้ปัญหาพาชีวิตให้สุขใจ กิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สำหรับกลุ่มทดลอง (Experimental Group) โดยใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 6 สัปดาห์ใน ส่วนกลุ่มควบคุม (Control Group) ได้รับการกิจกรรมการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบปกติของโรงพยาบาลชุมแสง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired Simple t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติด้วยสถิติ Independent Simple t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลด้วยสถิติ One - Way Repeated Measure ANOVA

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยแสดงดังนี้

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.00 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30 – 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 46.88 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 37.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 53.13 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 90.63 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 28.13 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 – 2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.38 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.25 กลุ่มทดลองทั้งหมดทั้งหมดไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด นอกจากนี้กลุ่มทดลองไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของคนในครอบครัว มากที่สุด ร้อยละ 93.75

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.25 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.75 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 56.25

สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 90.63 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 31.25 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 – 2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.13 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 96.88 ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของคนในครอบครัว มากที่สุดร้อยละ 87.50

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง

ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.41 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เท่ากับ 0.62 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.35 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.89 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)		t	df
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	2.41	0.41	3.53	0.62	6.823*	19
ภาวะซึมเศร้า	22.50	3.35	16.05	2.89	11.072**	19

\* P-value < .05

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.62 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.72 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญ

ทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.89 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.32 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	หลังการทดลอง		d	t	df	P-value
	$\bar{X}$	(SD)				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง						
กลุ่มทดลอง	3.53	0.62	0.97	4.526*	37.046	0.05
กลุ่มควบคุม	2.57	0.72				
ภาวะซึมเศร้า						
กลุ่มทดลอง	16.08	2.89	-3.90	4.019*	37.531	0.05
กลุ่มควบคุม	19.95	3.23				

\* P-value < .05

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัดความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.73 หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.42 ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.62 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อทดสอบนัยสำคัญ

ทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.35 หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.40 ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.89 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัดความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล One-Way Repeated Measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P-value
ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	2	21.517	10.758	36.887*	0.05
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	38	11.082	0.292		
ภาวะซึมเศร้า	2	449.10	224.55	77.408*	0.05
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและ ภาวะซึมเศร้า	38	110.233	2.901		

\* P-value < .05

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะเวลา	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง			ภาวะซึมเศร้า		
	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	20	2.16	0.73	20	22.50	3.35
หลังสิ้นสุดโปรแกรม	20	2.41	0.42	20	20.85	3.40
ระยะติดตามผล	20	3.54	0.62	20	16.05	2.89

### อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ส่งผลต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมชนแห่งจังหวัดนครสวรรค์ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระยะติดตามในกลุ่มทดลองสูงกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่าด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.73 หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.42 ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.62 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg<sup>(10)</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการเผชิญปัญหา และผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง

โดยการพยายามโน้มน้าวให้ผู้ป่วยมองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์เป็นโอกาสที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนมุมมองของความทุกข์ว่าเป็นเรื่องที่มีมนุษย์ทุกคนต้องมี โดยในการจัดกิจกรรมจะให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพูดคุยแบบเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้คิดตาม ไม่รู้สึกถูกยึดเยียด ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความมั่นใจที่ระบายความทุกข์ออกมาให้ฟัง ความเข้มแข็งทางใจเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งของจิตใจจากภายในของตนเองเป็นการสร้างความมั่นใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น รับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตโดยใช้หลักในการแก้ปัญหา สามารถช่วยปรับวิธีคิดและวิธีเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์มีความมั่นใจในตนเองเชื่อมั่นในตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกมีคุณค่าในตัวเองซึ่งหากผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งจะส่งผลให้มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตัวเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางจิตใจและรับรู้ในความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาลดจนอุปสรรคต่างๆ ได้ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้ระยะติดตามผลและหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองจึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ แสงสงวน<sup>(11)</sup> ที่ทำการศึกษาผลประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการใช้การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล พบว่าความเข้มแข็งทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมการเสริมสร้างเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งโปรแกรมจะให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตนเอง (Self-reflection) ในด้านปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา และสร้างผังความคิด (Concept mapping) ด้วยกระบวนการกลุ่มวิธีการเช่นนี้จะเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจให้มากขึ้น

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะติดตามในกลุ่มทดลองต่ำกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากผลการวิจัยพบว่าด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.35 หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.40 ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.89 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งได้มีกิจกรรมที่ประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของกร็อทเบิร์ก (Grothberg)<sup>(10)</sup> ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและการทำความรู้จักกับความเข้มแข็งทางใจ การรู้สึกดีต่อตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง การสื่อสารอย่างเข้าใจ การแก้ปัญหาหาวิธีให้สุขใจ และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่างซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กประสบการณ์ต่างๆ เหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งมักเกิดจากบุคคลได้รับประสบการณ์ หรือภาวะวิกฤตในชีวิตและมีความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดจากความ ผิดพลาดด้านกระบวนการคิด โดยเรียนรู้มาจาก ประสบการณ์ที่พบครั้งแรกของชีวิต และไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือ เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้น ประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือน

จากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ จึงทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่น่าสนใจ มองตนเองไม่เป็นประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวังและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งนี่สอดคล้องกับการศึกษาของกันต์ฤทัย ปานทอง<sup>(12)</sup> ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำรูปแบบของกิจกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชนได้

### ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้นต่อไป

สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและโรคอื่นๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากสามารถปรับวิธีคิดด้านข้อดีของตนเอง เปลี่ยนมุมมองความคิดและสามารถแก้ไขปัญหามองชีวิตได้อย่างเหมาะสม

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ช่วยทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงบุญญธิตา ยาอินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง

## เอกสารอ้างอิง

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : Global burden of diseases study. Lancet ; 1967.
2. WHO. Depression: Let'talk. Retrieved January 20, 2022, from <http://www.searo.who.int/thailand/mews/technical-factsheet-deoressionthai.pdf?ua=1>; 2018.



3. ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าภาพรวมประเทศ ณ กุมภาพันธ์ 2565. สืบค้น 4 มีนาคม 2565. จาก <https://www.thaidepression.com/report/main-report> ; 2565.
4. โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2564 .เอกสารอัดสำเนา ; 2564.
5. Beck TA. Clinical experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber ; 1967.
6. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมัน สุนทรไชยา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดย พยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2555 ; 26(2): 112-126.
7. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton university press. ;1965.
8. โสภิน แสงอ่อน, พัชรินทร์ นันทจันทร์, และทัศน ทวีคุณ. ภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2558.
9. เทียนทอง ทาระบุตร, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท . วารสารจุฬาลงกรณ์, 2556 ; 27(3) : 113-124.
10. Grotberg, E.H. Countering depression with the five building blocks of resilience. Reaching Today Youth, 1999 ; 4(1): 66-72.
11. วันเพ็ญ แสงสงวน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ด้วยการใช้ในการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2562 ; 20(6) : 186-194.
12. กันต์ฤทัย ปานทอง. ผลของโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารกึ่งการุณย์ 2562 ; 25 : 105-118.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid 19) : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care For Coronavirus 2019 Patients (COVID-19) : Two Case Studies

วีณา เชษฐาสวรรณ พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังทรายพูน

## บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและรวดเร็ว แพร่ระบาดได้ง่ายจากคนสู่คน สามารถติดต่อผ่านทางเดินหายใจจากละอองของเสมหะ การไอ จาม น้ำมูก น้ำลายและการสัมผัส จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยยังมีการพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงแต่ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการโรครุนแรงได้แก่ สูงอายุ โรคอ้วน การมีโรคประจำตัว ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยโดยตรงดังนั้นจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ปลอดภัยหายจากโรค อีกทั้งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลวังทรายพูนจำนวน 2 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกตการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เพศหญิงอายุ 72 ปีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีโรคประจำตัวมีอาการไข้ ไอเล็กน้อย อ่อนเพลียไม่มีแรง ผลเอกซเรย์ปกติ ได้รับยาต้านไวรัส ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด น้ำมูก ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแพทย์ให้กลับบ้านได้ รายที่ 2 เพศชาย อายุ 62 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและวัณโรคปอดเดิม มีอาการมีไข้ ไอ หายใจไม่อึด ผลเอกซเรย์มีฝ้าขาวที่ปอด 2 ข้าง ขณะนอนโรงพยาบาลมีอาการหายใจเหนื่อย ปริมาณออกซิเจนปลายนิ้วมีลดลงต้องใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงและได้รับยาต้านไวรัสและยาตามอาการ ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 9 วัน แพทย์ให้กลับบ้านได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, โรคไวรัสโคโรนา 2019, ภาวะแทรกซ้อน

## Abstract

Coronavirus disease 2019 is an emerging disease that has spread widely and rapidly. It is easily spread from person to person. It can be transmitted through the respiratory tract from droplets of mucus, coughing, sneezing, snot, saliva, and touch. The number of infected people with coronavirus 2019 has increased in many countries around the world also Thailand, the most case has mild symptoms, but in case of high-risk factor example; as elderly, obesity, chronic disease, and immunodeficiency can lead to morbidity and mortality Nurses and caregiver who are close with patients are the important role of management to treatment prevent complications and control infection in hospital. This study was performed on 2 case studies of Covid-19 infection that were admitted to Wangsaipoon hospital. By collecting data from medical records

observing interviews with patients and relatives comparative data analysis of nursing practice planning by using the nursing process.

The study results show the following: Case study 1, female, 72 year old coronavirus 2019 infection with defined underlying disease, present with fever, dyspnea, and fatigue. gy. CXR is normal. Receive antiviral, antipyretic, cough, and nasal decongestants. Admit 7 days without complications. The doctor allowed her to go home. Case study 2, male, 62 years old, with the underlying disease of diabetes. Hypertension and history of pulmonary tuberculosis, that present with dizziness and dyspnea. CXR shows significant filtration bilaterally. During admission, he has desaturation and needs an non-invasive mechanical ventilator (HFNC). Both get the same antiviral drugs (Faviravir) and supportive medication. Admit 9 days in the hospital.

**Keywords :** Nursing ,Coronavirus Disease 2019,Complications

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เริ่มระบาดในช่วงเดือนธันวาคมปี 2562 โดยเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า SARS-CoV-2<sup>(1)</sup> ซึ่งมีต้นตอการพบเชื้อครั้งแรกที่ตลาดอาหารทะเลในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และแพร่ระบาดสู่ประเทศอื่นๆ อย่างรวดเร็ว จนกระทั่งมีการพบผู้ติดเชื้อในเกือบทุกประเทศทั่วโลกนับเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดครั้งหนึ่งของโลก<sup>(2)</sup> เชื้อก่อโรค เชื้อไวรัสโคโรนา (CoVs) เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae มีรายงานการพบเชื้อมาตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1965 โดยสามารถติดเชื้อได้ทั้งในคนและสัตว์ เช่น หนู ไก่ วัว ควาย สุนัข แมว กระต่าย และสุกร ประกอบด้วยชนิดย่อยหลายชนิดและทำให้มีอาการแสดงในระบบต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ (รวมถึงโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือซาร์ส; SARCoV) ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท หรือระบบอื่นๆ เชื้อไวรัสโคโรนา (CoVs) พบได้ทั่วโลก โดยในเขตอบอุ่น (temperate climates) มักพบเชื้อโคโรนาไวรัสในช่วงฤดูหนาวและฤดูใบไม้ผลิ การติดเชื้อโคโรนาไวรัสอาจทำให้เกิดอาการในระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้ถึงร้อยละ 35 และสัดส่วนของโรคไข้หวัดที่เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสอาจสูงถึงร้อยละ 15 การติดเชื้อพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่พบมากในเด็ก อาจพบมีการติดเชื้อซ้ำได้ เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันจะลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังการติดเชื้อการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Coronaviruses) อาจทำให้เกิดอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก

เจ็บคอ ไอ โดยในทารกที่มีอาการรุนแรง อาจมีลักษณะของปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือ หลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchiolitis) ในเด็กโตอาจมีอาการของหอบหืด (Asthma) ส่วนในผู้ใหญ่อาจพบลักษณะของปอดอักเสบ (Pneumonia) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหอบหืดได้ และอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงได้มากในผู้สูงอายุหรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการได้ในทุกอายุ และหากแสดงอาการมักพบร่วมกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น Rhinovirus, Adenovirus หรือเชื้ออื่นๆ การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome ; SARCoV) จะพบมีอาการไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรืออาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ แล้วมีอาการไอ และหอบเหนื่อยอย่างรวดเร็ว ซึ่งอัตราการตายจะสูงขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีโรคประจำตัว การติดเชื้อโคโรนาไวรัสในระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Coronaviruses) มักพบบ่อยในเด็กแรกเกิด และทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี หรืออาจพบในผู้ใหญ่ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบเชื้อได้แม้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการ และไม่มีฤดูกาลของการเกิดโรคที่แน่นอนระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ยประมาณ 2 วัน (อาจมีระยะฟักตัวนานถึง 3 – 4 วัน) สำหรับโรคซาร์สอาจใช้ระยะฟักตัว 4 – 7 วัน (อาจนานถึง 10 – 14 วัน) แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact) กับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย (Droplet) จากผู้ป่วยที่มีเชื้อโดยการ ไอ หรือจาม<sup>(3)</sup> ในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19

ยังไม่มียาสำหรับรักษาโรคโดยเฉพาะ แต่เป็นการรักษาตามอาการ เช่น ไข้ยาพาราเซตามอลในการลดอาการไข้หรือไข้ยา Favipiravir ในการยับยั้งการจำลองสารพันธุกรรมของไวรัสการรักษาตามอาการการ4แพทย์ได้แบ่งการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ออกเป็น 3 กรณี ตามระดับความรุนแรงของอาการดังนี้ ผู้ป่วยสีเขียวคือผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแต่ไม่มีอาการใดๆ หรือมีอาการไม่รุนแรง กล่าวคือ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ตาแดง ผื่นขึ้น และไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ แนะนำให้กักตัวที่บ้าน (Home Isolation) หรือพักที่โรงพยาบาลสนามหรือ Hospitel เป็นเวลา 10 วัน โดยระหว่างนี้อาจจะได้รับยาตามอาการหรือยา Favipiravir ตามดุลยพินิจของแพทย์ ผู้ป่วยสีเหลืองคือผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีอาการเหนื่อยหอบหายใจเร็ว มีปัจจัยเสี่ยงอาการรุนแรงหรือโรคร่วม เช่น อายุมากกว่า 60 ปี โรคปอดอุดกั้นแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด หัวใจ โรคหลอดเลือดสมองโรค เบาหวานที่คุมไม่ได้ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน 90 กิโลกรัม ตับแข็ง ภูมิคุ้มกันต่ำ และเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 1000 cell/cu.mm ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 14 วัน แพทย์อาจมีการให้ยา Favipiravir ร่วมกับยา Corticosteroid ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ผู้ป่วยสีแดงคือผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เอกซเรย์พบปอดอักเสบรุนแรง มีภาวะปอดบวม ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 96% หรือความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงมากกว่า 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก หลังออกแรงผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ในผู้ป่วยสีแดงแพทย์จะให้ Favipiravir เป็นเวลา 5 - 10 วัน โดยอาจให้ร่วมกับ Lopinavir/Ritonavir เป็นเวลา 5 - 10 วัน ร่วมกับ Corticosteroid<sup>(5,6)</sup> ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรง แพทย์อาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (High-Flow Nasal Cannula) รวมถึงเครื่องมือเพื่อประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในผู้ป่วยวิกฤติ<sup>(7)</sup> จากสถิติประเทศไทยตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนถึงปัจจุบันมียอดผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั้งหมด 4,262,484 คน เสียชีวิต 28,617 คน<sup>(4)</sup> โรงพยาบาลวังทรายพูนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากรายงานสถานการณ์ของโรคตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรงพยาบาลวังทรายพูนเมื่อปี พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั้งหมด

3,252 คน เสียชีวิต 6 คน ได้มีการปรับปรุงตึกพิเศษผู้ป่วยในให้เป็น cohort ward เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิดที่มีจำนวนมาก พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติและเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วนส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเจ็บป่วย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 ราย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### วิธีการดำเนินการ

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. คัดเลือกผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยโควิดจำนวน 2 รายที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างกันคือมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการประเมินสภาพผู้ป่วย ชักประวัติ และการพูดคุยทางโทรศัพท์
3. ศึกษาค้นหาปัญหาความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

### ผลการดำเนินการ

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี อาชีพแม่บ้าน ไม่มีโรคประจำตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทรายพูนเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2565 ต้องการตรวจคัดกรองโควิด-19 เนื่องจากมีประวัติเสี่ยงสูงสัมผัสญาติที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการปกติ ตรวจ ATK ผล Positive แพทย์วินิจฉัย Acute Pharyngitis with Covid-19 แพทย์พิจารณาให้เข้าระบบ Home Isolate ได้รับยาด้าน



ไวรัสยาแก้ไข้ ยาแก้ไอและยาลดน้ำมูก ไปรับประทานหลังจากกลับไป 2 วัน มีอาการไข้ ไอ เหนื่อย อ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรง ประสานมาที่โรงพยาบาลแพทย์พิจารณาให้ Admit ที่หอผู้ป่วยโควิด วันที่ 22 เมษายน 2565 แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ดี อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยเล็กน้อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 83 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/73 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 50 กก. ส่วนสูง 155 ซม. BMI 20.81 ออกซิเจนปลายนิ้ว 98% ผล CBC ดังนี้ WBC 7,300 cell/cu.mm, Hemoglobin 11.4 g/dl, Hematocrit 36 %, Neutrophil 64%, Lymphocyte 26%, Monocyte 8 %, MCV 85 fl., MCH 27.0fg., Blood Sugar 91 mg/dl, HbA1C 6.3 %, Potassium 4.46 mmol /L, Sodium 138.0 mmol /L, CO2 24.4 mmol /L, Chloride 102.2 mmol /L, BUN 11 mg/dl, Creatinine 0.8911 mg/dl เอกซเรย์ปอดผลปกติไม่มี Infiltration การวินิจฉัย Nasopharyngitis With Covid-19 แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยารับประทาน ได้แก่ Favipiravir, Dextromethorphan, Chlo pheniramine และ Paracetamol นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไอ นานๆ ครั้ง ไม่มีหายใจเหนื่อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี มีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและวัณโรคปอดเดิมรับยาวัณโรคปอดครบแล้ว ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทรายพูนเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565 ด้วยอาการ ไข้ มีน้ําศีรษะ หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน ตรวจ ATK ผล Positive แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยโควิดวันที่ 4 เมษายน 2565 แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีอาการปวดมึน

ศีรษะ หายใจเหนื่อยหลังเดิน คลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/83 มิลลิเมตรปรอทน้ำหนัก 62.8 กก. ส่วนสูง 164 ซม. BMI 20.81 ออกซิเจนปลายนิ้ว 97% ผลเอกซเรย์ปอด มี Infiltration ที่ปอด 2 ข้าง Atelectasis at RUL field with destructive lung pattern ผลการตรวจ CBC ดังนี้ WBC 9,500 cell/cu.mm, Hemoglobin 13.7 g/dl, Hematocrit 44%, Neutrophil 65%, Lymphocyte 19%, Monocyte 11%, MCV 71 fl., MCH 22.3fg., Blood Sugar 292 mg/dl, HbA1C 12%, Potassium 3.77mmol /L, Sodium 132.0 mmol /L, CO2 21.3 mmol /L, Chloride 99.7 mmol /L, BUN 14 mg/dl, Creatinine 1.62 mg/dl การวินิจฉัย Pneumonia With Covid-19 แพทย์ให้การรักษาให้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดพร้อมให้ยา Insulin ปรับตามระดับน้ำตาลในเลือดและให้ยารับประทาน ได้แก่ Amlodipine, Glipizide, Enalapril, Atenolol, Hydralazine, Pioglitazone, Favipiravir, Dextromethorphan, Chlorpheniramine และ Paracetamol ขณะนอนโรงพยาบาลได้ 3 วันผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง แพทย์พิจารณาให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงเป็นเวลา 4 วัน พร้อมให้ Dexametrasone 6 mg ทางหลอดเลือดเป็นเวลา 5 วัน หลังจากนั้นให้ยา Prednisolone ต่ออีก 5 วัน ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจึงปรับเพิ่มยาเบาหวานชนิดฉีด ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไอ นานๆ ครั้ง แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

#### ตารางเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี อาชีพแม่บ้าน พักอยู่ในเขตอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร อาศัยอยู่กับสามี 2 คน	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี อาชีพรับจ้าง พักอยู่ในเขตอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร อาศัยอยู่กับบิดา น้องสาวและหลานรับการรักษาที่	ผู้ป่วยทั้ง 2 อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งกำลังมีการระบาดของโรค

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
ประวัติการเจ็บป่วย	รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทรายพูนเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2565 ด้วยอาการคัดกรองโควิด-19เนื่องจากมีประวัติเสี่ยงสูงสัมผัสญาติที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการปกติ ผลตรวจ ATK Positive แพทย์วินิจฉัย Acute Pharyngitisc With Covid-19 แพทย์พิจารณาให้เข้า Home Isolate ได้รับยาต้านไวรัสยาแก้ไอและยาลดน้ำมูก ไปรับประทานหลังจากกลับไป 2 วันมีอาการไข้ ไอ เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรงประสานมาที่โรงพยาบาลแพทย์พิจารณาให้ Admit ที่หอผู้ป่วยโควิดวันที่ 22 เมษายน 2565	โรงพยาบาลวังทรายพูน เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565 ด้วยอาการมีไข้ หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน ตรวจ ATK ผล ATK Positive แพทย์พิจารณาให้ Admit	ผู้ป่วยรายที่1วันแรก ที่ตรวจพบเชื้อไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยรายที่2มี อาการแสดงของการติดเชื้อ โดยมีอาการ มีไข้ หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ ไม่อาเจียน
การติดต่อ	ติดต่อกันญาติที่อยู่บ้านใกล้กัน	ติดต่อกันที่หอผู้ป่วยเดียวกัน	
ปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีโรคประจำตัว เป็นผู้สูงอายุ	โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ วัณโรคปอดตีบสุราเป็นบางวัน เลิกสูบบุหรี่มา 5 ปีเป็นผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยทั้ง 2 คน ติดต่อกันญาติที่ใกล้ชิด การวิเคราะห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงเป็นผู้สูงอายุที่จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะ รายที่ 2 เนื่องจาก

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
ประวัติการรับวัคซีน	Sinovacเข็ม 1 Astrazenecaเข็ม2,3	Sinovacเข็ม1 Pfizer BioNTechเข็ม 2	พบว่าไม่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น
การเข้าพักในหอผู้ป่วย	ห้องพักรวมหอผู้ป่วยโควิด	ห้องแยกโรคหอผู้ป่วยโควิด	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับวัคซีน ทำให้อาการไม่รุนแรง
การวินิจฉัย	Nasopharyngitis With Covid-19	PneumoniaWith Covid-19	ผู้ป่วยรายที่1อยู่ห้องรวมเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสีเขียว ผู้ป่วยรายที่2อยู่ห้องแยกเพราะผู้ป่วยมีเคยเป็นวัณโรคทำให้มีพยาธิสภาพที่ปอดผู้ป่วยจึงอยู่ในเกณฑ์ประเภทสีแดง ผู้ป่วยรายที่1 มีอาการเล็กน้อย ไม่พบภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่ปอด
การรักษา	ยาFavipiravir 9 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น 1 วันหลังจากนั้นให้ 4 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็นจนครบ 5 วัน	ยาFavipiravir 9 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น 1 วันหลังจากนั้นให้ 4 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็นจนครบ10วัน	ผู้ป่วยรายที่1 ได้รับยาต้านไวรัส 5 วัน (ประเภทผู้ป่วยสีเขียว)
การพยาบาล	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้ ไอ หายใจไม่อิ่ม 2.ผู้ป่วยมีความวิตก	Dexametrasone 6 mgฉีดทางหลอดเลือด 5 วันต่อด้วย Prednisolone 3เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็นทานต่ออีก 5 วัน 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้ ไอ หายใจไม่อิ่ม 2.ผู้ป่วยมีความวิตก	ผู้ป่วยรายที่2ได้ยาต้านไวรัส10วัน เพราะมีภาวะปอดอักเสบและภาวะพร่องออกซิเจน
			ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะไม่สุขสบายจาก ไข้ ไอหายใจไม่อิ่ม

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
	กังวลเนื่องจากไม่เข้าใจการดำเนินของโรคและการรักษา	กังวลเนื่องจากกลัวมีอาการรุนแรง  3.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบ	และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ประเมิน 2Q positive 1ข้อ ผู้ป่วยรายที่1ผล CXRปกติ ผู้ป่วยรายที่2ผล CXRมี Infiltration ที่ปอด 2ข้าง Atelectasis at RUL field with destructive lung lungpetternทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงผลออกซิเจนในเลือดลดลง O <sub>2</sub> sat 93 % มีอาการหายใจเหนื่อยและผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูงเป็นเวลา 4 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงมากกว่ารายที่ 1 เนื่องจากต้องติดตามอาการและระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง
	3.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ผู้ป่วยทั้ง2 รายเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
	4.การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	6.การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อกลับไปบ้านและใช้ชีวิตได้ตามปกติไม่ต้องกักตัวต่อ



## วิจารณ์

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดที่ติดต่อทางเดินหายใจ จากไวรัสโคโรนา ความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นกับอายุภูมิคุ้มกันและโรคประจำตัวผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดง แต่มีประวัติสัมผัสไปจนถึงการมีไข้ไอเจ็บคออาจมีอาการปอดอักเสบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ไม่มียารักษาที่จำเพาะรักษาตามอาการจากการศึกษาและดูแลผู้ป่วยเห็นว่าการดูแลรักษาจะต้องใช้ความรู้ความสามารถเรื่องโรคการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อประสบการณ์การตัดสินใจที่ดีการประเมินอย่างรอบด้านและเป็นองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจเนื่องจากหอผู้ป่วยโควิดเป็นตึกพิเศษที่ปรับให้เป็นหอผู้ป่วยโควิดและมีการหมุนเวียนอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย จากงานการพยาบาลตึกผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลห้องคลอด ทำให้พยาบาลผู้ดูแลมีสมรรถนะที่หลากหลาย มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ให้เป็นปัจจุบันและถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่บำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูง (High Flow Nasal Canula) เพื่อให้พยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่บำบัดด้วยออกซิเจนอัตรการไหลสูง มีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอที่ต้องใช้ในแต่ละระดับความรุนแรง มีการปรับระบบสื่อสารในห้องผู้ป่วยและห้องเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีและการนวัตกรรมที่จำเป็น เพื่อความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโควิด การจัดทำมาตรฐานในการรับ-ส่งผู้ป่วยพร้อมทั้ง มีการสื่อสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความผิดพลาดในขณะรับ-ส่งผู้ป่วยบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้สึกรู้สึกเครียดจากหน้าที่เผชิญซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ของการระบาดใหญ่ (Pandemic) ดังนั้นความเครียดและความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นการบ่งบอกถึงความอ่อนแอหรือเป็นภาพสะท้อนว่าบุคลากรเหล่านั้นไม่สามารถทำงานได้แต่ทว่าในช่วงเวลาคับขันเช่นนี้

การบริหารจัดการความเครียดและเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจ มีความสำคัญมาก ผู้บริหาร/ผู้นำทีมควรดูแลปกป้องสภาวะจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์จากภาวะความเครียดเรื้อรังและสุขภาพใจที่ย่ำแย่ในระหว่างการต่อสู้กับเชื้อไวรัสโคโรนา เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นสามารถทำหน้างานบริการสุขภาพได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ควรจัดระบบหมุนเวียนหน้างานสลับกันระหว่างหน่วยงานที่มีความเครียดสูงไปยังหน่วยงานที่มีความเครียดน้อยกว่า การเสริมบุคลากรให้เพียงพอ การเฝ้าระวังความเครียด และส่งเสริมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน สร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญ

## สรุป

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างเรื่องของเพศ การมีโรคประจำตัว ผู้ป่วยติดต่อกันที่เดียวกันในช่วงที่มีการระบาด ได้รับวัคซีนโควิดแล้ว มีอาการคล้ายคลึงกันในผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูง วัณโรคปอดเดิม และเกิดภาวะปอดอักเสบต้องใช้ออกซิเจนอัตรการไหลสูงทำให้การรักษาและการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้จึงมีความแตกต่างกัน และการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยทั้ง 2 รายคือต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจและสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงพฤติกรรมในการจัดการความเครียดและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความวิตกกังวลต่อการป่วยและกระบวนการรักษาค่อนข้างมากเมื่อสิ้นสุดกระบวนการพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและภาวะจิตใจดีขึ้นสามารถปรับตัวและกลับไปอยู่ในสังคมได้ จากการที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีนโควิดทำให้ลดความรุนแรงของโรคและลดอันตรายได้ เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่าไม่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มจากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

## เอกสารอ้างอิง

1. เสาวภา ทองงาม, สุพิศตรา ภูมุล, รณิษฐารัตนะรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในหอผู้ป่วยแยกโรคโรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตยสาร 2563; 13 (3) : 221-231.

2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับสถานประกอบการ (Internet). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2565). เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/RiskAssessment/ThaiVers\\_270163.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/RiskAssessment/ThaiVers_270163.pdf)
3. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. องค์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา (Corona viruses) (Internet). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2565). เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.or.th/A215.html>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Internet). 2563 (เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2565). เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Internet). 2565 (เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2565). เข้าถึงได้จาก : <https://covid19.dms.go.th>
6. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษากรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Internet). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2565). เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
7. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ , สุรัตน์ ทองอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High Flow Nasal Cannula. เวชบัณฑิตยสาร 2563 ; 13 (1) :63.

## ประสิทธิผลการดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์แผนไทยในจังหวัดกำแพงเพชร

### The effectiveness of the operation of Thai traditional medical cannabis clinic services in Kamphaeng Phet province

นฤพร สิริธวานนท์ ส.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในจังหวัดกำแพงเพชร 2) เพื่อศึกษาการดำเนินงานการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในเชิงระบบด้านบริหาร ด้านวิชาการ ด้านบริการ ในจังหวัดกำแพงเพชร โดยศึกษากลุ่มเป้าหมายคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 12 แห่ง ในเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามผู้รับผิดชอบงานทางออนไลน์ และศึกษาเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่จัดให้บริการที่มีประสิทธิผล สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลมากที่สุด จำนวน 7 แห่ง มีลักษณะการดำเนินงานแตกต่างชัดเจนจากกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลน้อยที่สุด จำนวน 5 แห่ง ด้านบริหาร 6 ลักษณะ แพทย์แผนไทยเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายที่กำกับดูแลงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล มีอาคารแพทย์แผนไทยแยกออกจากโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน มีกลไกคณะกรรมการบริหารแพทย์แผนไทย มีการประชุมติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีการบริหารจัดการที่สามารถดำเนินการได้เองภายใต้กำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินงาน และสามารถบริหารจัดการอย่างคล่องตัว และมีการบริหารการเงินและบัญชี การเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลแยกออกจากระบบแผนปัจจุบันอย่างชัดเจน ด้านบริการ 8 ลักษณะ มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วย (OPD) แยกออกจากระบบแผนปัจจุบัน มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยตรงเพียง 1 ช่องทางเข้ารับบริการ แพทย์แผนไทยสามารถทำการตรวจวินิจฉัยโรคได้ด้วยตัวเอง แพทย์แผนไทยสามารถทำการรักษาได้ด้วยตัวเอง แพทย์แผนไทยเป็นผู้จ่ายยา มีจำนวนเวชภัณฑ์ตำรับยาที่จ่ายหลากหลายมากกว่า 3 ตำรับ สามารถจัดหาและขอรับการสนับสนุนยาอย่างน้อย 3 แหล่ง และผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนการให้บริการขั้นพื้นฐาน มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ส่วนด้านวิชาการไม่แตกต่าง

จากข้อค้นพบข้างต้นมีข้อเสนอแนะคือควรปรับปรุงคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามบริบทพื้นที่ในด้านโครงสร้าง ระบบ กลไก และรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยตามลักษณะคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่มีประสิทธิผลมากที่สุด

**คำสำคัญ :** ประสิทธิภาพ การให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

#### Abstract

This research purpose was to study the effectiveness and the operation in terms of administrative, academic, and service systems of Thai traditional medical cannabis clinics. The target groups were 12 hospitals of Thai traditional medical cannabis clinics in Kamphaeng Phet province. An online questionnaire was used in collecting quantitative data and an interview

form was used for qualitative data. The research results were as follows; 1. The effectiveness of Thai traditional medical cannabis clinics could be classified into 2 groups. There are 7 hospitals that had high effectiveness, the 5 hospitals had low effectiveness in Thai traditional medical cannabis clinic services. 2. The operation of the Thai traditional medical cannabis clinic. The 6 characteristics of Management in Thai traditional medicals 1) there was the head of departments who followed up in the hospital 2) there was that set building separated from the hospital 3) the Thai Traditional Medicals Executive Committee was set for follow-up and assessment regularly 4) the management was operated by themselves under the supervision of the Hospital Executive Committee 5) the budget in operations was managed flexibly 6) there are financial and accounting management. The collection of medical expenses is clearly separated from the current system. The 8 characteristics of service patterns are 1) there were patient service patterns (OPD) separated from the current system 2) the patients were screened directly or had only one channel to the service point 3) the Thai traditional medical can diagnose the disease by themselves accounted 4) the Thai traditional medicals can treat patients 5) the Thai traditional medicals can dispense medicine accounted 6) there were more than 3 prescriptions of various medicines that can be procured, asking for supporting, 7) and used the drug formula 3 sources represent 8) there were passed the basic service assessment criteria more than 80 %. The academic aspect is no different.

Suggestions: Thai traditional medical cannabis clinics should be improved according to the local context in terms of structures, systems, mechanisms, and patient service patterns. According to the most effective Thai traditional medical cannabis clinical characteristics.

**Keywords :** knowledge of health , health promotion behavior, working age people

## บทนำ

กัญชามีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. อยู่ในวงศ์ Cannabaceae (The PlantList)<sup>(1)</sup> เป็นพืชที่มีประวัติการใช้ประโยชน์อย่างยาวนาน ได้แก่ ลำต้นใช้เป็นเส้นใย ใบ และช่อดอกของกัญชาเพศเมียรับประทานเป็นอาหารและยา หรือใช้สูบเป็นเครื่องหย่อนใจ โดยมีถิ่นกำเนิดอยู่ในทวีปเอเชียแล้วแพร่ไป ทั่วโลกสารระสำคัญที่เป็นองค์ประกอบทางเคมีในกัญชา คือ สารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) เช่น เทตระไฮโดรแคนนาบินอล (-THC) เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง พบมากในช่อดอกเพศเมีย (Edwards SE, Rocha IC, Williamson EM, Heinrich M และ Bonini SA, Premoli M, Tambaro S, Kumar A, Maccarinelli G, Memo M, et al)<sup>(1)</sup> ปัจจุบันพืชกัญชาเป็นพืชที่ปลูกในเขตร้อน และเขตอบอุ่นทั่วโลก ทวีปของโลก โดยมีการพัฒนา สายพันธุ์ให้เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ เป็นเส้นใยหรือใช้เป็นยาบำบัดโรค ในต่างประเทศเริ่มมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกต้องตาม

กฎหมายข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2562 ประเทศที่มีการอนุญาตใช้ทางการแพทย์เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้เฉพาะทางการแพทย์ 33 มลรัฐ ประเทศเยอรมันนี ใช้ทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2560 การอนุญาตใช้ทางการแพทย์และต้องมีแพทย์เป็นผู้สั่งใช้ เช่น ประเทศสหราชอาณาจักร เมื่อปี 2561 ใช้เฉพาะทางการแพทย์ สั่งโดยแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทและกุมารเวชศาสตร์ ประเทศแคนาดา ใช้ในทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2544 ต่อมาในปี 2557 ต้องใช้เฉพาะมีใบสั่งแพทย์ และประเทศเนเธอร์แลนด์ ใช้ในทางการแพทย์ในปี 2545 โดยแพทย์เป็นผู้สั่งใช้ ส่วนการอนุญาตใช้แบบสันตนาการได้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มี 10 ใน 33 มลรัฐ อนุญาตให้ใช้แบบสันตนาการ เหลืออีก 17 มลรัฐยังไม่แก้กฎหมายของประเทศ ถือว่ากัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ประเทศแคนาดา เมื่อปี 256 อนุญาตให้ใช้แบบสันตนาการได้แต่ห้ามเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีเข้าถึงกัญชา ห้ามซื้อขายกฎหมายมีโทษจำคุก และประเทศเนเธอร์แลนด์ อนุญาตให้เสพและจำหน่าย

กัญชาตั้งแต่ปี 2513 ขณะนี้มีแนวโน้มอนุรักษนิยมมากขึ้น การครอบครองกัญชาเพื่อบริโภคเองไม่เกิน 5 กรัม ถือว่าผิดกฎหมายแต่ไม่ถือเป็นคดีอาญาการครอบครอง 5-30 กรัม จะถูกยึดและโทษปรับ 75 ยูโร การครอบครองมากกว่า 30 กรัม จะเป็นคดีอาญาโทษสูงสุดจำคุก 2 ปี นอกจากนี้ กัญชายังถือว่าเป็นยาเสพติดชนิดไม่รุนแรง เป็นสิ่งผิดกฎหมายแต่มีนโยบายผ่อนปรน เช่น การเปิดคอฟฟี่ช็อป ขายไม่เกิน 5 กรัมต่อครั้ง ปลุกได้ครอบครัวยุค 5 ต้น เพื่อเสพส่วนตัว ห้ามปลูกเพื่อพาณิชย์<sup>(2)</sup>

ประเทศไทยมีประวัติการใช้กัญชาในตำรับยารักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ มายาวนาน ตั้งแต่ยุคสมเด็จพระนารายณ์มหาราชแห่งกรุงศรีอยุธยา (พ.ศ.2175 - 2231) แต่ต้องยกเลิกการใช้กัญชา เนื่องจากความเข้าใจผิดของคนทั่วโลกที่กำหนดว่ากัญชาเป็นสิ่งเสพติด ตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ปี ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs) โดยประเทศไทยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2465 แต่ผู้ใช้แรงงานยังใช้กัญชาเป็นยาคลายกล้ามเนื้อ และเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ของหญิงโดยชาวบ้านทั่วไปมีการใช้กัญชาในการประกอบอาหาร สูดเพื่อสันทนาการ และต่อมา กัญชาถูกห้ามใช้ โดยมีการออกกฎหมายที่จัดให้กัญชาเป็นพืชต้องห้ามไม่ใช่สมุนไพรที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาโรค หรือใช้ในการใดๆทั้งสิ้นโดยประเทศไทยได้ออกพระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ.2477 ซึ่งห้ามผู้ใดปลูก นำเข้า ซื้อขาย หรือครอบครองกัญชาโดยเด็ดขาด กำหนดโทษผู้ฝ่าฝืนจะได้รับโทษทั้งจำและปรับอย่างรุนแรง จนกระทั่งในปี พ.ศ.2522 รัฐบาลไทยได้ออกพระราชบัญญัติยาเสพติด โดยกัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ซึ่งมีโทษทางอาญากับผู้เสพและผู้ครอบครอง และไม่มีใบอนุญาตให้นำมาใช้ในทางการแพทย์แต่อย่างใด<sup>(3)</sup> ดังนั้นภายใต้กฎหมายปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ยังไม่สามารถปลูกกัญชาใช้รักษาตนเองได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ได้รับการรับรองจากผู้ประกอบวิชาชีพไม่สามารถปลูกกัญชารักษาผู้ป่วยของตนเองและเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาไทยสู่ระดับโลก จึงมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อผลักดันการใช้พืชกัญชาทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงเป็นที่มาของการจัดทำพระราชบัญญัติยาเสพติด ให้โทษ ฉบับที่ 7

พ.ศ.2562 โดยมีสาระสำคัญที่จะเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถใช้ยาเสพติดประเภทที่ 5 ในทางการแพทย์ได้ ทั้งนี้ ภายใต้การควบคุมที่เคร่งครัดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 โดยมุ่งเน้นหลักสำคัญคือ ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างทั่วถึง สร้างโอกาสในการพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ผลิตภัณฑ์กัญชา ส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตยา กัญชาของประเทศเพื่อประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขและการพัฒนาเศรษฐกิจของชาติ และผลจากการแก้ไขพระราชบัญญัติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรับรองจากผู้ประกอบวิชาชีพ สามารถขออนุญาตปลูกและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์การรักษาโรคของตนเองได้ ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยสามารถขออนุญาตปลูกกัญชาเพื่อใช้ในการปรุงยาให้ผู้ป่วยของตน ช่วยต่อยอด ภูมิปัญญาในท้องถิ่นเกษตรกรสามารถขออนุญาตปลูกกัญชาภายใต้ความร่วมมือกับผู้รับอนุญาตผลิตยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร อุตสาหกรรมยาไทยสามารถผลิตยา กัญชาทางการแพทย์และส่งออกได้ทันที เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน สร้างความมั่นคงทางยาไม่ต้องนำเข้ายา กัญชาจากต่างประเทศ และประหยัดงบประมาณในการนำเข้ายาโดยใช้ยา กัญชาทดแทนหรือใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันได้ และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล โดยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ในนโยบายเร่งด่วนข้อ 2 การปรับปรุงระบบสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยพัฒนา ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย และนโยบายเร่งด่วนข้อ 4 การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและการพัฒนานวัตกรรมโดยต่อยอดภูมิปัญญาและความรู้ของปราชญ์ชาวบ้านในการสร้างนวัตกรรมผลิตภัณฑ์เกษตรแปรรูป รวมทั้งเร่งศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง พืชสมุนไพรทางการแพทย์ อุตสาหกรรมทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์อื่นๆ เพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและสร้างรายได้ของประชาชน

ในเดือนสิงหาคม 2562 กระทรวงสาธารณสุข โดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้สั่งการให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีกัญชาพร้อมให้บริการกับผู้ป่วยโดยมีการเตรียมความพร้อมและเร่งดำเนินการ

โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เตรียมการจัดหาแหล่งวัตถุดิบโดยได้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวิจัยและการพัฒนาสายพันธุ์และการปลูกกัญชาในการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ด้านจัดหาเวชภัณฑ์ได้ดำเนินการผลิตตำรับแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ โดยร่วมกับโรงพยาบาลอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ในเบื้องต้นเริ่มดำเนินการผลิต 5 ตำรับ ได้แก่ ยาสุขไสยาสน์ ยาทำลายพระสุเมรุ ยาทัพ ยาธิคุณ ยาไฟอาวุธ และยาแก้เส้นทมาตกร่อนแห้ง ด้านบริการ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการจัดตั้งคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ และเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลนาร่อง 13 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2562 ด้านเตรียมคน ได้ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้มีใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยวิทยากรครู ก. รวมทั้งมีแผนการจัดฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้มีใบประกอบวิชาชีพฯ ต่อเนื่องจนครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ<sup>(4)</sup>

ข้อมูลผู้รับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ตั้งแต่เริ่มโครงการฯ) ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 จนถึงปัจจุบัน ข้อมูล ณ 3 พฤษภาคม 2564 ในภาพรวมระดับประเทศ มีผู้รับบริการ จำนวน 30,527 คน 76,680 ครั้ง ผู้ได้รับยาจำนวน 23,301 คน 55,623 ครั้ง แยกเป็นยาทางการแพทย์ จำนวน 10,044 ครั้ง 15,550 ขวด และตำรับยาแผนไทย จำนวน 45,802 ครั้ง 335,678 หน่วย โดยเขตสุขภาพที่ 3 ผู้รับบริการ จำนวน 2,705 คน 8,842 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.53 และผู้ได้รับยาจำนวน 2,289 คน 6,401 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.51 อยู่ในลำดับที่ 3 ของระดับประเทศ ในจำนวน 13 เขตสุขภาพ ส่วนจังหวัดกำแพงเพชร ผู้รับบริการ จำนวน 355 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.01 และผู้ได้รับยาจำนวน 275 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.29 อยู่ในลำดับที่ 4 ของเขตสุขภาพที่ 3 ในจำนวน 5 จังหวัด (ข้อมูล ccd.moph.go.th ณ 3 พฤษภาคม 2564) ซึ่งถือว่าเป็นผลการดำเนินงานที่ต่ำมาก จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาลักษณะการจัดบริการที่จะสามารถเพิ่มศักยภาพในการจัดให้บริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยการพัฒนากิจการบริการนั้นจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาลักษณะการดำเนินงาน

การจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อค้นหาประเด็นที่ควรพัฒนา และค้นหาการดำเนินงานจัดให้บริการที่มีประสิทธิผลที่ดีที่สุดในการที่จะขยายผลการดำเนินงานในเครือข่ายโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยจังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในเชิงระบบ ด้านบริหาร ด้านวิชาการ ด้านบริการ จังหวัดกำแพงเพชร

### วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกำแพงเพชร ระดับโรงพยาบาลทั่วไป ระดับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยที่จัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป ระดับโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกำแพงเพชร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง สถานพยาบาลละ 1 คน จำนวน 12 แห่ง รวม 12 คน

### เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลผลงาน เพื่อศึกษาประสิทธิผล โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดกำแพงเพชร เปรียบเทียบกับเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ในรายงานข้อมูลจากโปรแกรมคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) และโปรแกรม C-MOPH ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563 เกณฑ์ประเมินประสิทธิผล วัดประสิทธิผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายและให้ค่าประสิทธิผลตามน้ำหนักเป็นคะแนน โดยเปรียบเทียบกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ได้แก่ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก และจำนวนผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยแล้วนำคะแนนรวม 3 กลุ่มเป้าหมาย หาค่าเฉลี่ยและเรียงน้ำหนักตามลำดับ จากประสิทธิผลมากที่สุดถึงประสิทธิผลน้อยที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์จัดกลุ่มออกเป็น 4 ระดับคะแนนรวมเฉลี่ยน้อย ร้อยละ 0 – 25 คะแนน รวมเฉลี่ยค่อนข้างน้อย ร้อยละ 26 – 50 คะแนน รวมเฉลี่ยปานกลาง ร้อยละ 51 – 75 และคะแนนรวมเฉลี่ยมาก ร้อยละ 76 – 100 การจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่จัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย กำหนดกลุ่มประสิทธิผลมากที่สุด คือ คะแนนรวมเฉลี่ยปานกลาง ถึงคะแนนรวมเฉลี่ยมาก ส่วนกลุ่มประสิทธิผลน้อยที่สุด คือ คะแนนรวมเฉลี่ยน้อยถึงคะแนนรวมเฉลี่ยค่อนข้างน้อย

2) แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาเครื่องมือวิจัยมาจากแบบสอบถามงานวิจัย<sup>(5)</sup> เพื่อศึกษาเชิงปริมาณการดำเนินงานการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และหาข้อมูลประเด็นเชิงระบบทั้งด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ โดยแบบสอบถาม มีจำนวนทั้งหมด 63 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ด้านนโยบาย โครงสร้าง กลไก และกระบวนการทำงาน ตอนที่ 3 ด้านการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ เพื่อนำมาปรับด้านเนื้อหาให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและภาษาที่ใช้ให้ถูกต้อง

การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยกำหนดหัวข้อการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก เพื่อให้ได้เนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยที่ตั้งไว้การสร้างแบบสัมภาษณ์ในเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non Structured Interview) โดยเป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Open-end Question) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นแบบเจาะจง ได้แก่

เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยที่จัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป ระดับโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกำแพงเพชร มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป สถานพยาบาลละ 1 คน จำนวน 12 แห่ง ทั้งนี้ เพื่อต้องการให้ได้ข้อมูลคำตอบที่เป็นเหตุผลจากผู้มีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อเสริมประเด็นวิจัยเชิงปริมาณให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

## ผลการศึกษา

การศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 12 แห่ง พบว่า

1. ประสิทธิภาพการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกลุ่มประสิทธิผลมากที่สุดมีค่าร้อยละคะแนนรวมเฉลี่ย ปานกลางถึงมาก 51-100 จำนวน 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลไทรงาม ร้อยละ 97.25 โรงพยาบาลบึงสามัคคี ร้อยละ 86.08 โรงพยาบาลกำแพงเพชร ร้อยละ 80.58 โรงพยาบาลคลองขลุง ร้อยละ 77.75 โรงพยาบาลขามเฒ่า ร้อยละ 66.67 โรงพยาบาลลานกระบือ ร้อยละ 61.08 และโรงพยาบาลคลองลาน ร้อยละ 55.58 ตามลำดับ

คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกลุ่มประสิทธิผลน้อยที่สุด มีค่าร้อยละคะแนนรวมเฉลี่ยค่อนข้างน้อยถึงน้อย 0 - 50 จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล ร้อยละ 38.92 โรงพยาบาลพรานกระต่าย ร้อยละ 33.33 โรงพยาบาลปางศิลาทอง ร้อยละ 25.00 โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ร้อยละ 13.92 และโรงพยาบาลโกสัมพีนคร ร้อยละ 13.92 ตามลำดับ

2. การดำเนินงานการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในเชิงระบบ

### 2.1 ด้านบริหาร

1) นโยบายการเปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่คลินิกแพทย์แผนไทยเปิดให้บริการมากกว่า 5 ปีขึ้นไป กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

2) ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่คลินิกแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับดีมากถึงระดับดีเยี่ยม กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

3) งานแพทย์แผนไทยที่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์การดำเนินงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี และได้รับจัดสรรงบประมาณ ไม่แตกต่างส่วนใหญ่ได้ดำเนินการจัดทำคลินิกกัญชา ทางแพทย์แผนไทยกลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

4) ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจนในการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย ไม่แตกต่างส่วนใหญ่ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจน คลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

5) การสังกัดกลุ่มงานในโรงพยาบาล ไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่สังกัดกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทยกลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับ กลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

6) หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายผู้กำกับดูแลคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่แพทย์แผนไทยเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายที่กำกับดูแลงานแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด คลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทยที่มีหัวหน้ากลุ่มงานเป็นพยาบาลกำกับดูแลมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

7) มีอาคารแพทย์แผนไทยแยกออกจากโรงพยาบาลแผนปัจจุบันชัดเจน กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่แยกออกจากโรงพยาบาลแผนปัจจุบันชัดเจน จำนวน 5 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.43 แตกต่างจาก กลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด ยังรวมกับโรงพยาบาล แผนปัจจุบัน จำนวน 3 แห่ง

จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

8) มีระบบแยกออกต่างหากจากระบบแผนปัจจุบันได้แก่ระบบด้านการบริหารระบบด้านบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระบบข้อมูลข่าวสาร เวชระเบียนระบบส่งต่อผู้ป่วย ไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่มีระบบแยกออกต่างหากจากระบบแผนปัจจุบัน คลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทยกลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด สอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

9) ระบบบริหารจัดการคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทยกลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่มีระบบบริหารจัดการที่สามารถดำเนินการได้เองภายใต้กำกับดูแลของคณะกรรมการฯ จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุดที่มีระบบการบริหารจัดการด้วยระบบของโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน มีจำนวนมากที่สุดจำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

10) มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินงาน และสามารถบริหารจัดการอย่างคล่องตัว กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่มีงบประมาณเพียงพอจำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุดส่วนใหญ่มีงบประมาณไม่เพียงพอมีจำนวนมากที่สุดจำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

11) มีการบริหารการเงินและบัญชีการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลแยกออกจากระบบแผนปัจจุบันอย่างชัดเจนกลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่แยกออกจากระบบแผนปัจจุบัน จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุดยังรวมอยู่กับระบบ แผนปัจจุบันมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

12) มีทรัพยากร ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์เพียงพอต่อการให้บริการไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่มีทรัพยากรเพียงพอต่อการให้บริการ กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด สอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

13) มีอัตรากำลังบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นต่ำตามมาตรฐานกำหนดไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่



มีอัตรากำลังบุคลากรขั้นต่ำตามมาตรฐานกำหนด กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

14) มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ สายบังคับบัญชา ระดับการตัดสินใจสมรรถนะการทำงาน ของบุคลากรชัดเจน ไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่มีการกำหนดอำนาจหน้าที่ สายบังคับบัญชา ระดับการตัดสินใจสมรรถนะการทำงาน ของบุคลากรชัดเจน กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด สอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

15) มีแผนพัฒนาบุคลากร การสร้างขวัญและกำลังใจ ไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่มีแผนและดำเนินการ กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

16) การกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพ ต่อคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย ไม่แตกต่าง ส่วนใหญ่มีการกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพ กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

17) มีระบบการติดต่อประสานงานเชื่อมโยงองค์กรในและนอกโรงพยาบาล ไม่แตกต่างส่วนใหญ่มีระบบดำเนินการ กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด สอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

18) มีกลไกคณะกรรมการบริหารแพทย์แผนไทยมีการประชุมติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่ที่มีกลไกคณะกรรมการบริหารแพทย์แผนไทย มีการประชุมติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 6 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด ไม่มีกลไกคณะกรรมการบริหารแพทย์แผนไทย จำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

## 2.2 ด้านวิชาการ

19) มีการสร้างความรู้และถ่ายทอดองค์ความรู้ ไม่แตกต่างส่วนใหญ่มีการสร้างความรู้และถ่ายทอดองค์ความรู้ กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด สอดคล้องกับกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด

## 2.3 ด้านบริการ

20) รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยแยกออกจากระบบแผนปัจจุบัน จำนวน 5 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด

7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.43 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด ที่มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยรวมอยู่กับระบบแผนปัจจุบัน (OPD) มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.00

21) การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทยโดยตรง เพียงระบบเดียว จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด การคัดกรองผู้ป่วยรับบริการคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทยโดยตรงควบคู่กับพยาบาลคัดกรองส่งรักษาคลินิกกัญชา ทางแพทย์แผนไทยโดยตรง โดยมี 2 ระบบขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.00

22) กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่แพทย์แผนไทยสามารถทำการตรวจวินิจฉัยโรคได้ด้วยตัวเอง จำนวน 5 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.43 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด ต้องผ่านแพทย์แผนปัจจุบันตรวจวินิจฉัยโรคก่อน มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

23) กระบวนการรักษาคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดส่วนใหญ่แพทย์แผนไทยสามารถทำการรักษาได้ด้วยตัวเอง จำนวน 6 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.71 แตกต่าง จากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุดต้องผ่านแพทย์แผนปัจจุบันก่อน มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

24) กระบวนการจ่ายยาคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุดส่วนใหญ่แพทย์แผนไทยเป็นผู้จ่ายยา จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุดที่มีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยา มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.00

25) เวชภัณฑ์ตำรับยาที่จ่ายของคลินิกกัญชาทางแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด มีจำนวนเวชภัณฑ์ตำรับยาที่จ่ายหลากหลายมากกว่า

3 ตำรับ จำนวน 3 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุดมีจำนวนเวชภัณฑ์ตำรับยาที่จ่ายมากกว่า 3 ตำรับ มีเพียงจำนวน 1 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.00

26) กระบวนการจัดหาและใช้ตำรับยาของคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่สามารถจัดหาและขอรับการสนับสนุนยาอย่างน้อย 3 แหล่ง จำนวน 4 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุดมีเพียงจำนวน 1 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.00

27) ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย กลุ่มคลินิกประสิทธิผลมากที่สุด ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนการให้บริการขั้นพื้นฐานมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 5 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 7 แห่งคิดเป็นร้อยละ 71.43 แตกต่างจากกลุ่มคลินิกประสิทธิผลน้อยที่สุด ผ่านเกณฑ์การประเมิน มีเพียงจำนวน 1 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.00

## อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยวิจารณ์ 3 ประเด็นการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. **ด้านบริหาร** คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่มีด้านบริหารต่างกัน จะมีประสิทธิผลการดำเนินงานที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ด้านบริหารมีลักษณะที่ แตกต่างจาก กลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลน้อยที่สุด ได้แก่ โครงสร้าง ส่วนใหญ่มีแพทย์แผนไทยเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายที่กำกับดูแลงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีอาคารแพทย์แผนไทยแยกออกจากโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน ระบบ ส่วนใหญ่มีระบบบริหารจัดการที่สามารถดำเนินการได้เองภายใต้กำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีงบประมาณเพียงพอ ต่อการดำเนินงาน และสามารถบริหารจัดการอย่างคล่องตัว ส่วนใหญ่มีการบริหารการเงินและบัญชี การเก็บเงิน ค่ารักษาพยาบาลแยกออกจากระบบแผนปัจจุบันอย่างชัดเจน และกลไก ส่วนใหญ่มีกลไกคณะกรรมการบริหารแพทย์แผนไทย มีการประชุมติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

อธิบายได้ว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่มีแพทย์แผนไทยเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายที่กำกับดูแลเป็นผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ภายใต้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน ถือเป็นความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพ มีศักยภาพเพียงพอเป็นที่ยอมรับของสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ถือว่าเป็นผลดีต่องานแพทย์แผนไทย เพราะตรงกับสายงานที่มีองค์ความรู้ และความเข้าใจเฉพาะวิชาชีพที่จะสามารถพัฒนาต่อยอดงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน ซึ่งต่างกับงานวิจัยอื่น ส่วนใหญ่บุคลากร มีเภสัชกร หรือพยาบาลเป็นหัวหน้า<sup>(5)</sup> การที่มีอาคารแพทย์แผนไทยแยกออกจากโรงพยาบาลแผนปัจจุบันแต่ยังเป็นรูปแบบผสมผสานกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีทั้งอยู่ในอาคารเดียวกัน แยกอาคาร คลินิกบริการผู้ป่วยนอกเป็นระบบ OPD คู่ขนาน<sup>(5)</sup> เป็นการบูรณาการรักษาแบบทำงานร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน แต่แยกสถานที่และมีแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นผู้คัดกรองและตรวจรักษา<sup>(6)</sup> รวมทั้งการมีระบบบริหารจัดการที่สามารถดำเนินการได้เองภายใต้กำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินงานและสามารถบริหารจัดการอย่างคล่องตัว มีการบริหารการเงินและบัญชี การเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลแยกออกจากระบบแผนปัจจุบันอย่างชัดเจน ซึ่งการแยกระบบการเงินและบัญชีหรือไม่ก็ได้ สามารถทำโครงการนำเงินมาใช้ในการพัฒนางานได้ การเบิกจ่ายเป็นไปตามกฎระเบียบราชการและขั้นตอนแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง<sup>(5)</sup> และมีกลไกคณะกรรมการบริหารแพทย์แผนไทย มีการประชุมติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ถือว่าระบบและกลไกเหล่านี้เป็นหน่วยงานระบบแผนปัจจุบัน การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน มีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลแผนปัจจุบันเป็นผู้กำกับดูแลเฉพาะ<sup>(5)</sup>

2. **ด้านวิชาการ** คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่มีด้านวิชาการต่างกันจะมีประสิทธิผล การดำเนินงานที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลมากที่สุดและกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลน้อยที่สุด มีลักษณะการดำเนินงานที่ไม่แตกต่างกัน ด้านวิชาการส่วนใหญ่มีการสร้างความรู้ และถ่ายทอดองค์ความรู้ (โรงพยาบาล

ทุกแห่งดำเนินงาน ร้อยละ 100) ไม่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน

อธิบายได้ว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชรทุกแห่ง ด้านวิชาการมีการรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญา การรวบรวมองค์ความรู้จากงานที่ทำ การสร้างนวัตกรรมใหม่/งานวิจัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นลักษณะการดำเนินงานโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรูปแบบผสมผสาน<sup>(5)</sup>

**3. ด้านบริการ** คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่มีด้านบริการต่างกัน จะมีประสิทธิผลการดำเนินงานที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ด้านบริการมีลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลน้อยที่สุด ได้แก่ ส่วนใหญ่มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วย (OPD) แยกออกจากระบบแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยตรงหรือมีเพียง 1 ช่องทางเข้ารับบริการ ส่วนใหญ่แพทย์แผนไทยสามารถทำการตรวจวินิจฉัยโรค ทำการรักษา และจ่ายยาได้ด้วยตัวเอง ส่วนใหญ่มีจำนวนเวชภัณฑ์ตำรับยาที่จ่ายหลากหลายมากกว่า 3 ตำรับ และสามารถจัดหาและขอรับการสนับสนุนยาอย่างน้อย 3 แหล่ง และส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนการให้บริการขั้นพื้นฐานมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

อธิบายได้ว่า คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วย (OPD) แยกออกจากระบบแผนปัจจุบันยังเป็นระบบบริการบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน คลินิกบริการผู้ป่วยนอกเป็นระบบ OPD คู่ขนาน แต่มีการปรึกษากับแผนปัจจุบัน<sup>(5)</sup> ส่วนใหญ่มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยตรงเพียง 1 ช่องทางเข้ารับบริการ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ 3 ทาง คือ โดยตรงที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย จุดคัดกรองที่ OPD ส่งไป และโดยแพทย์แผนปัจจุบันส่งต่อ<sup>(5)</sup> ส่วนใหญ่แพทย์แผนไทยสามารถทำการตรวจวินิจฉัยโรค ทำการรักษาและจ่ายยาได้ด้วยตัวเอง เป็นข้อบ่งชี้แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชรมีประสิทธิภาพ ทักษะความชำนาญ มีศักยภาพการทำงาน และความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งมีผลแตกต่างจากงานวิจัยที่ว่าบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ขาดทักษะความชำนาญด้านเวชกรรมไทย<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ ยังมีลักษณะเสริมที่ทำให้ด้านบริการโดดเด่น

ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ประกอบด้วย ส่วนใหญ่มีจำนวนเวชภัณฑ์ตำรับยาที่จ่ายหลากหลายมากกว่า 3 ตำรับ สามารถจัดหาและขอรับการสนับสนุนยาอย่างน้อย 3 แหล่ง ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนการให้บริการขั้นพื้นฐาน มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับดีมากถึงระดับดีเยี่ยม ให้บริการตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย (CPG)<sup>(5)</sup>

## สรุป

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แผนไทยในจังหวัดกำแพงเพชร และเพื่อศึกษาการดำเนินงานการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในเชิงระบบ ด้านบริหาร ด้านวิชาการ ด้านบริการ ในจังหวัดกำแพงเพชร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้กลุ่มเป้าหมายคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 12 แห่ง การศึกษาเชิงปริมาณโดยรวบรวมข้อมูลการให้บริการจากโปรแกรมคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) และ โปรแกรม C-MOPH และใช้แบบสอบถามทางออนไลน์ การศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลผลการศึกษาพบว่า

1. ประสิทธิภาพการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

กลุ่มโรงพยาบาลที่มีผลดำเนินงานประสิทธิผลมากที่สุดมีค่าร้อยละคะแนนรวมเฉลี่ยปานกลาง ถึงมาก 51 - 100 จำนวน 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลไทรงาม โรงพยาบาลบึงสามัคคี โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลคลองขลุง โรงพยาบาลชาดวรลักษบุรี โรงพยาบาลลานกระบือ และโรงพยาบาลคลองลาน ตามลำดับ และกลุ่มโรงพยาบาลที่มีผลดำเนินงานประสิทธิผลน้อยที่สุดมีค่าร้อยละคะแนนรวมเฉลี่ยค่อนข้างน้อยถึงน้อย 0 - 50 จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล โรงพยาบาลพรานกระต่าย โรงพยาบาลปางศิลาทอง โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา และโรงพยาบาลโกสัมพีนครตามลำดับ

2. การดำเนินงานการจัดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในเชิงระบบ

**2.1 ด้านบริหาร** กลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด มีลักษณะการดำเนินงานแตกต่างกันชัดเจน 6 ลักษณะ แพทย์แผนไทยเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายที่กำกับดูแลงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล มีอาคารแพทย์แผนไทยแยกออกจากโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน มีกลไกคณะกรรมการบริหารแพทย์แผนไทย มีการประชุมติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีการบริหารจัดการที่สามารถดำเนินการได้เองภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินงาน และสามารถบริหารจัดการอย่างคล่องตัว มีการบริหารการเงินและบัญชี การเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลแยกออกจากระบบแผนปัจจุบันอย่างชัดเจน

**2.2 ด้านวิชาการ** กลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด มีการสร้างความรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้ มีลักษณะการดำเนินงานที่ไม่แตกต่างกัน

**2.3 ด้านบริการ** กลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด มีลักษณะการดำเนินงานที่แตกต่างกันชัดเจน 8 ลักษณะ มีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วย (OPD) แยกออกจากระบบแผนปัจจุบัน มีการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยตรงเพียง 1 ช่องทางเข้ารับบริการแพทย์แผนไทย สามารถทำการตรวจวินิจฉัยโรคได้ด้วยตัวเอง แพทย์แผนไทยสามารถทำการรักษาได้ด้วยตัวเอง แพทย์แผนไทยสามารถจ่ายยาได้ด้วยตัวเอง มีจำนวนเวชภัณฑ์ตำรับยาที่จ่ายหลากหลายมากกว่า 3 ตำรับ สามารถจัดหาและขอรับการสนับสนุนอย่างน้อย 3 แหล่ง และผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นตอนการให้บริการขั้นพื้นฐานมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

### ข้อเสนอแนะ

ควรปรับปรุงคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามบริบทพื้นที่ ในด้านโครงสร้าง ระบบ กลไก และรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยตามข้อค้นพบ ลักษณะคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และควรทำการศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และความคาดหวังของผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

### เอกสารอ้างอิง

1. จักรกฤษณ์ สิงห์บุตร, ชยันต์ พิเชียรสุนทร. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพืชกัญชา. วิทยากรครู ก. การใช้กัญชาในการแพทย์แผนไทย; 29-30 เม.ย. 2562; โรงแรมทีเคพาเลส. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2563.
2. อนันต์ชัย อัครเมธิน. นโยบายและทิศทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ (อินเทอร์เน็ท). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 25 มิ.ย. 2564); เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17729>
3. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. กัญชาทางการแพทย์ (อินเทอร์เน็ท). 2564 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 มิ.ย. 2564); เข้าถึงได้จาก: <http://www.http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2972>
4. มรุต จิรเศรษฐสิริ. พัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนทักษะการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย รุ่นที่ 2; 18 มี.ค. 2563; โรงแรมริเวอร์โรนั พลอส. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2563
5. ดารณี อ่อนชมจันทร์, นางอัจฉรา เชียงทอง, พลอยชนก ปทุมมานนท์, ภาณิศา รักความสุข, ปิยะพล พูลสุข, สุพิณญา เกิดไธ, และคณะ. ผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
6. พรพรรณ ระวังพันธ์, สมพิศ จำปาเงิน, อรสา โอภาสวัฒนา, อรนุช เอ็มสมบุรณ์. สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2561; 16(2):268-283.
7. พรพรรณ ระวังพันธ์, ดลิดา ชั่งสิริพร, อรสา โอภาสวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560; 27(2):280-291.

## คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ปี ละ 2 ครั้ง 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งบทความตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำเพื่อตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกาที่วารสารกำหนด
2. ผู้สนใจส่งบทความจะต้องกรอกข้อมูลในแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ฯ พร้อมแนบบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ Microsoft Word และ pdf. ไปยังกองบรรณาธิการวารสารทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com
3. กองบรรณาธิการจะตรวจประเมินความครบถ้วน ถูกต้องของบทความเบื้องต้น ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
4. กองบรรณาธิการจัดส่งนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ตรวจประเมินและคุณภาพ และให้เสนอแนะ จำนวน 1-2 ท่านต่อเรื่อง
5. ผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามข้อพิจารณาและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และเตรียมข้อมูล/บทความต้นฉบับ
7. ส่งข้อมูล/บทความต้นฉบับให้โรงพิมพ์ดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่ม
8. กองบรรณาธิการดำเนินการจัดส่งและเผยแพร่วารสารแก่กลุ่มเป้าหมาย
9. กองบรรณาธิการจะจัดส่งหนังสือ/ใบรับรองตีพิมพ์แจ้งผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ หลังจากผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินและเสนอแนะไว้เรียบร้อยแล้ว

### หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

#### 1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

**นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)** ได้แก่ บทความที่เสนอ ผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ หรือวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

**รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจหรือใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการ) วิเคราะห์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

**บทความพิเศษ (Special article)** เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

**บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)** ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่น ๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

## 2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิปริญญา) และสถานทีปฏิบัติงานเป็นภาษาไทย
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารที่อยู่ในบทคัดย่อ และเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
วิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย/ศึกษา โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

## 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข (ตัวเลข) ท้ายข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์:ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

#### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิฑูมิพงศ์, พชรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาว กรรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

#### 3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย. เภมศาสตร์วินิจฉัย และแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

#### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

#### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.

#### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

#### - หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

#### - หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อ เอชส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Philipps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

### 3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมไบเบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### 4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 POINT ตลอดทั้งเล่ม ไม่กั้นหลังตัวอักษร พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มุมขวาล่างทุกหน้า ระยะหน้ากระดาษในแต่ละหน้า ระยะขอบบน 1.0 นิ้ว, ระยะขอบล่าง 1.0 นิ้ว และระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว, ระยะขอบขวา 1.0 นิ้ว และ Print เอกสารบทความต้นฉบับหน้าเดียวลงในกระดาษ A4 จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com พร้อมแนบแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

4.2 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์แทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

### 5. การตอบรับ

5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป

5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

### 6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้พิมพ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว ให้ส่งบทความฉบับแก้ไข จำนวน 1 ชุด พร้อมส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com

6.4 กองบรรณาธิการ จะออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ ต่อไป





## 7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้พิมพ์ขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความต่อไป

## 8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

## 9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133, 134

ค่าธรรมเนียมการลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย) ที่ส่งไฟล์ต้นฉบับแล้วในลำดับที่ 1 - 6 ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 2,000 บาท และลำดับที่ 7 เป็นต้นไป ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 3,000 บาท

## แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....ตำแหน่ง.....
2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....  
..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....
4. ขอส่งบทความ ( ) 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)  
( ) 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)  
( ) 3. บทความพิเศษ (Special article)  
( ) 4. บทความพินิจวิชาการ (Review articles)  
( ) 5. ปกิณกะ (Miscellany)

เรื่อง.....  
.....  
.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) ..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....  
..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... หมู่ที่ ..... ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์มือถือ .....อีเมล์.....
7. สิ่งส่งมาด้วย ( ) ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....  
( ) เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้นิพนธ์

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

# Phichit Public Health Office

