

วารสารโรคและภัยสุขภาพ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

Journal of Disease and
Health Risk DPC.3

2020

- ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว
- ประสิทธิภาพการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดี
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน
กรณีศึกษา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา
- คุณภาพอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้นิเทศงานในห้องผ่าตัด
ของสถานพยาบาลสองแห่ง
- การบูรณาการภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา สามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการ โดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้าย การเขียน Menu scrip ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัดมีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไร เกิดขึ้นที่ไหนและเมื่อไร เลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ได้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นความยาวประมาณ 250-350 คำ ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไรและด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุ แหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริงโดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามี การระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพบาล สาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ในรูปของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อ ๆ มา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนกี่ราย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อมเป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้นและการป้องกันโรค ที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐาน ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีต อย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกันในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวมยอด ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ภาวะระบุ Agent Source of infection สมมติฐานที่ตั้งไว้ ภาวะระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่น เสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิด เหตุการณ์ในอนาคตหรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดียิ่งขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการตลอดจนผู้ที่ให้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์วารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า



ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว
ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร

5

Factors Affecting efficiency of Healthcare Service for Migrant Workers of The Hospital under
Ministry of Public Health in Samut Sakhon Province



ประสิทธิผลการสนทนาร่วมใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดี

16

The effectiveness of motivational interviewing per Hemoglobin A1C
control level in poor control type 2 diabetes mellitus patients



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน
กรณีศึกษา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

26

The Development of Palliative Care System in Home Health Care
case study, Pong Hospital, Phayao Province



คุณภาพอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของสถานพยาบาลสองแห่ง

38

Indoor air quality in operating rooms of two hospitals and its effect on healthcare workers' health



การบูรณาการภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์

51

Integration Operations to Adolescent Pregnancy Prevention and Solution

Project in Nakhon Sawan province

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว

ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร

Factors Affecting efficiency of Healthcare Service for Migrant Workers of The Hospital under Ministry of Public Health in Samut Sakhon Province

ทัศนมินทร์ รัชตธนรัชต์* รป.ด.

Tasanamin Ratchatathanarat* D.P.A.

วรณัฐ วงศ์เจริญ** ปร.ด.

Woranuch Wongcharoen** Ph.D.

*ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบความมั่นคงและความปลอดภัย *The Research and development

ชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

center of Security the coast in gulf
and Andaman of Thailand

**โรงพยาบาลป่ง

**Pong hospital

Received: October 28, 2019, Revised: April 8, 2020, Accepted: July 03, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางการแก้ไข ปัญหาการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ แรงงานต่างด้าว 400 คน เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาล 178 คน และผู้บริหารระดับนโยบายของโรงพยาบาล 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (2) แบบสอบถามความต้องการของแรงงานต่างด้าว การบริหารทรัพยากร และประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุข ความเชื่อมั่นแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .894, .891 และ .876 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความต้องการในการอยู่รอดงบประมาณ และบุคลากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว ได้แก่ ด้านงบประมาณ การประกันสุขภาพ และภาระงานของบุคลากร ดังนั้นรัฐบาลควรเพิ่มมาตรการทางกฎหมายของการเข้าเมือง การทำประกันสุขภาพ การคัดกรองทางระบาดวิทยาของแรงงานต่างด้าว มีการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม และพัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับข้อมูลแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

Abstract

The purposes of this mixed methodology research design. This research aimed to study problems situation, impact, and guidelines for solving problems of providing health services to migrant workers. The samples were 3 groups as follows: 400 migrant workers, 178 operational staff of the hospital, and 15 hospital administrators. The research instruments were as follows: In-depth interview, migrant workers' needs questionnaire, resource management questionnaire, and efficiency of health services questionnaire. The reliability of research questionnaires with Cronbach's alpha coefficient were .894, .891, and .876, respectively. The data were analyzed with descriptive statistics and Stepwise Multiple Regression analysis. The findings of this study revealed that the factors were as follows: existence needs, money, and man had statistically significant affecting to health services to migrant workers. The impact of health services to migrant workers were as follows: budget, health insurance, and health personnel workload. Therefore, the government should increase the legal measures of immigration, health insurance, disease surveillance of migrant workers, appropriate budget allocation, and development information system of migrant workers in the hospital under ministry of public health.

คำสำคัญ:

การให้บริการสาธารณสุข

แรงงานต่างด้าว

กระทรวงสาธารณสุข

Key words:

Healthcare Service

Migrant Workers

Ministry of Public Health

บทนำ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประชาคมอาเซียน ตั้งแต่ปี 2558 จึงทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายอย่างเสรี ดังจะเห็นได้จากจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักรของไทย ข้อมูล ณ เดือนเมษายนตั้งแต่ปี 2558-2562 ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวมีจำนวน 1,413,501, 1,557,778, 1,461,337, 2,288,104, 3,091,453 คน ตามลำดับ โดยจังหวัดสมุทรสาครเป็นพื้นที่หนึ่ง

ที่มีแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก โดยในปี 2561 มีจำนวนสูงถึง 276,335 คน¹ และเป็นจังหวัดที่มีจำนวนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานมากที่สุดในประเทศรองจาก กรุงเทพมหานคร² ด้านการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานต่างด้าวมาใช้บริการสุขภาพจำนวนมาก อาทิข้อมูลของโรงพยาบาลสมุทรสาครมีแรงงานต่างด้าวเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละประมาณ 650 ราย ต่อวันหรือคิดเป็นร้อยละ 21 ของจำนวนผู้ป่วยนอก

ทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละประมาณ 130 ราย ต่อวันหรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด³ ทั้งนี้แรงงานต่างด้าวที่มารับบริการหากไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องชำระค่าบริการเอง เมื่อเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก แรงงานต่างด้าวบางส่วนจะไม่สามารถชำระค่าบริการได้ทั้งหมด ทำให้โรงพยาบาลสมุทรสาครต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากแรงงานต่างด้าวได้มากถึงปีละประมาณ 10 ล้านบาท⁴

ปัจจุบันความต้องการแรงงานต่างด้าวของทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น จากรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) มีจำนวนแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น⁵ จากปี 2556-2560 ประมาณร้อยละ 11 รวมทั้งประเทศไทยก็มีความต้องการแรงงานต่างด้าวในภาคการผลิตสูงขึ้นเช่นกัน ด้วยสาเหตุดังนี้ (1) เกิดจากการขาดแคลนแรงงานของตลาดแรงงานระดับล่าง และค่าแรงงานของแรงงานต่างด้าวมิต้นทุนต่ำกว่า (2) การเลือกทำงานของแรงงานไทย โดยเฉพาะงานที่คนไทยไม่ทำ⁶ คืองานประเภท 3 D ได้แก่ งานสกปรก (dirty job) งานอันตราย (dangerous job) และงานยาก (difficult job) จึงจำเป็นต้องนำเข้าแรงงานต่างด้าวเข้ามาทดแทน (3) แรงงานต่างด้าวมิความขยันอดทน ไม่เกียจงาน ไม่เปลี่ยนงานบ่อย และ (4) เกิดจากความจำเป็นของนายจ้างที่ต้องการใช้แรงงานต่างด้าวด้วยปัจจัยด้านพื้นที่ตั้งของสถานที่ทำงาน และต้องการลดต้นทุนการผลิต

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนแรงงานต่างด้าวเพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบโดยเฉพาะปัญหาทางด้านสาธารณสุข เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วนตั้งแต่ระดับนโยบายของประเทศลงไปจนถึงบริการพื้นฐานทางสาธารณสุข⁷ ทั้งนี้ผลกระทบของแรงงานต่างด้าวต่อสังคมไทย อันได้แก่ การเกิดโรคระบาดที่สามารถ

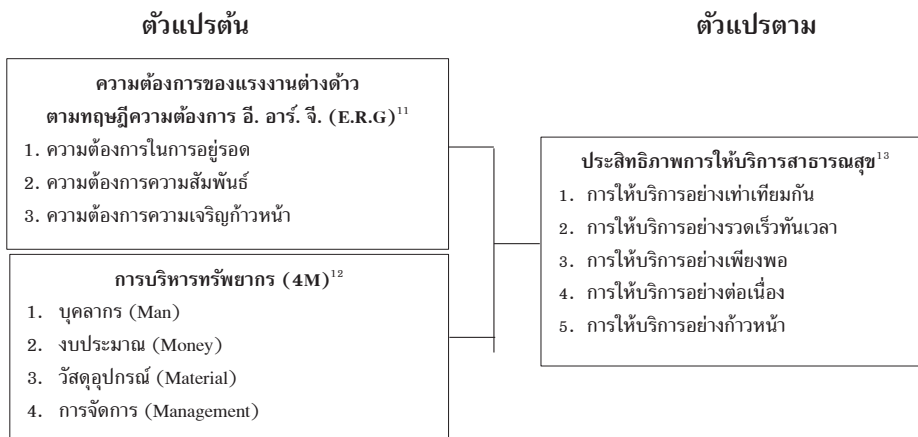
ติดต่อได้ง่าย เพราะเป็นการนำพาหะนำโรคที่ไม่มีในประเทศไทยหรือไม่เกิดขึ้นในประเทศไทยมานานแล้วเข้ามาในประเทศไทย⁸ จากข้อมูลการตรวจสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในเขตกรุงเทพมหานครในปี 2559 พบแรงงานต่างด้าวที่เป็นโรคต้องห้ามไม่ให้ทำงาน และเป็นโรคที่ต้องติดตามรักษา ได้แก่ วัณโรค โรคเท้าช้าง และโรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 อีกทั้งในกลุ่มประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติยังพบโรคที่มีน้อยลงมากแล้วในคนไทย เช่น ซิฟิลิส เท้าช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น มาลาเรีย รวมถึงวัณโรค และจำนวนหนึ่งเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB) วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR TB)⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาระบาดของวิทยาของโรคเรื้อรังในแรงงานต่างด้าวมิอัตราเฉลี่ยร้อยละ 16.36 ต่อปี ในขณะที่ผู้ป่วยไทยมิอัตราเฉลี่ยร้อยละ 5.18 ต่อปี⁹ จะเห็นว่าโรคติดต่อที่พบน้อยลงหรือไม่แล้วในประเทศไทยมีแนวโน้มกลับมาอุบัติซ้ำอีกครั้ง และที่สำคัญยังส่งผลกระทบต่องบประมาณทางด้านสาธารณสุข จากการศึกษาค่าใช้จ่ายการรักษาผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 แห่งระหว่างปี 2553-2555 พบว่ามีการใช้งบประมาณสำหรับดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวเป็นมูลค่า 713,044,085 บาท เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ 259,631,194 บาท (ร้อยละ 36.41)¹⁰

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุขและการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อกับแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร และพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) ประชากร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (1) แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 276,335 คน¹ (2) เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการที่มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โรงพยาบาลสมุทรสาคร รวมทั้งหมดจำนวน 320 คน และ (3) ผู้บริหารระดับนโยบายของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการเกี่ยวกับด้านการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว ผู้บริหารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ผู้บริหารสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ (1) แรงงานต่างด้าวและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการที่มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงพยาบาล โดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Mogan¹⁴ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 384 และ 175 ราย ตามลำดับ และผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างของกัปตาและคณะ¹⁵ สำหรับการวิจัยนี้กำหนดค่า d กับร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวน 43 และ 19 ราย ตามลำดับ รวมเป็นตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 427 และ 194 ราย ตามลำดับ มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเก็บข้อมูลแบบตามสะดวก (convenience sampling) โดยเป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โรงพยาบาลสมุทรสาคร และ

เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

(2) ผู้บริหารระดับนโยบายของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาครผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามปลายเปิด และแบบสอบถามปลายปิด โดยแบบสอบถามความต้องการของแรงงานต่างด้าวใช้ทฤษฎีความต้องการ อี. อาร์. จี. (E.R.G)¹¹ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามการบริหารทรัพยากร ใช้แนวคิดการบริหารทรัพยากร (4M)¹² มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามประสิทธิภาพให้บริการใช้ทฤษฎีมิลเลท¹³ มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 โดยให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนตามความคิดเห็นของตนเอง คะแนน 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนรวมเฉลี่ยโดยการกำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนเฉลี่ยที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งคะแนนรวมเฉลี่ยที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 1.00-5.00 การแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับต่ำที่สุด, 1.81-2.60 หมายถึงระดับต่ำ, 2.61-3.40 หมายถึงระดับปานกลาง, 3.41-4.20 หมายถึงระดับมาก และ 4.21-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .894, .891 และ .876 ตามลำดับ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

โดยใช้กระบวนการ (Appreciation-Influence-Control: AIC) ในกลุ่มผู้บริหารระดับนโยบายของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อศึกษาผลกระทบและแนวทางแก้ไขปัญหาการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของแรงงานต่างด้าวพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.14 มีอายุระหว่าง 25-30 ปี ร้อยละ 23.72 เป็นสัญชาติพม่า ร้อยละ 37.75 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.50 ประกอบอาชีพประมง ร้อยละ 34.50 มีรายได้อยู่ช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 27.50 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาครนาน 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 14.50 และส่วนใหญ่มีย่านสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 42

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการที่มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.55 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี

ร้อยละ 50.75 และอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 49.25 ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 50.75 รองลงมาคือเภสัชกร ร้อยละ 8.96

1.3 ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยต่างด้าวส่วนใหญ่มีความประสงค์เข้ารับรักษาตัวกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากค่ารักษาถูกและได้รับการรักษาฟรี รวมถึงมี

การแนะนำญาติที่เจ็บป่วยเข้ามารักษาในประเทศไทย โดยการเข้ามารูปแบบนักท่องเที่ยว ซึ่งอาศัยช่องว่างทางกฎหมายเพราะยังขาดระบบการตรวจและคัดกรองโรค และที่สำคัญปัจจุบันมีการนำเข้ากรณีให้เงินของแรงงานต่างด้าวที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ให้เดินทางเข้าประเทศไทยก่อนคลอด 5-6 เดือน เพื่อจะได้ทั้งสิทธิการคลอดและได้สิทธิขอสัญชาติไทย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของความต้องการของแรงงานต่างด้าว (n=400)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. ความต้องการในการอยู่รอด	4.52	0.58	มาก
2. ความต้องการความเจริญก้าวหน้า	4.42	0.53	มาก
3. ความต้องการความสัมพันธ์	4.40	0.57	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.44	0.56	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยด้านความต้องการของแรงงานต่างด้าวที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือความต้องการในการอยู่รอด ($=4.52$, $SD=0.58$) โดยข้อคำถามประเด็นการไม่มีประกันสุขภาพและปัญหาการใช้ภาษาในการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ปัจจัยรองลงมาคือด้านความต้องการความเจริญก้าวหน้า ($=4.42$, $SD=0.56$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของการบริหารทรัพยากร (n=178)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. งบประมาณ (Money)	4.49	0.54	มาก
2. บุคลากร (Man)	4.45	0.52	มาก
3. วัสดุอุปกรณ์ (Material)	4.39	0.56	มาก
4. การจัดการ (Management)	4.34	0.51	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.14	0.53	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารทรัพยากรที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านงบประมาณ ($=4.49$, $SD=0.53$) รองลงมาคือด้านบุคลากร ($=4.45$, $SD=0.52$) โดยข้อคำถามประเด็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของประสิทธิภาพให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร (n=400)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน	4.37	0.53	มาก
2. การให้บริการอย่างก้าวหน้า	4.22	0.57	มาก
3. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง	4.21	0.51	มาก
4. การให้บริการอย่างรวดเร็วทันเวลา	4.12	0.56	มาก
5. การให้บริการอย่างเพียงพอ	4.11	0.50	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.20	0.53	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าประสิทธิภาพให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน ($=4.37$, $SD=0.53$) รองลงมาคือการให้บริการอย่างก้าวหน้า ($=4.22$, $SD=0.57$) และการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ($=4.21$, $SD=0.51$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร (n= 578)

ปัจจัยพยากรณ์	สัมประสิทธิ์การถดถอย		t	sig
	B	β		
Constant	1.368	–	5.38	.000
ความต้องการในการอยู่รอด	1.42	.752	29.63	.000
งบประมาณ	.138	.162	9.65	.000
บุคลากร	.136	.271	9.07	.000

$R^2 = .892$, Adjust $R^2 = .891$, $p < .01$

จากตาราง 4 พบว่า รูปแบบที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาครได้ดีที่สุด ประกอบด้วยปัจจัยด้านความต้องการในการอยู่รอด งบประมาณ และบุคลากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับร้อยละ 89.2 ($R^2 = .892$) โดยสามารถเขียนในรูปแบบของสมการพยากรณ์ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ คือ ประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว = $1.368 + 1.42$ (ความต้องการในการอยู่รอด) + $.138$ (งบประมาณ) + $.136$ (บุคลากร)

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ ประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว = $.752$ (ความต้องการในการอยู่รอด) + $.162$ (งบประมาณ) + $.271$ (บุคลากร)

2. ผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร ($n=178$)

รายการ	X	SD	ความหมาย
1. ปัญหาไม่มีประกันสุขภาพ	4.81	0.60	มาก
2. ปัญหาการสูญเสียงบประมาณ	4.78	0.62	มาก
3. ปัญหาการเพิ่มภาระงานของบุคลากร	4.73	0.52	มาก
4. ด้านภาษาสื่อสาร	4.68	0.50	มาก
5. ปัญหาการเกิดโรคอุบัติซ้ำ	4.18	0.56	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.63	0.55	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลกระทบจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ปัญหาไม่มีประกันสุขภาพ ($=4.81$, $SD=0.62$) รองลงมาคือปัญหาการสูญเสียงบประมาณ ($=4.78$, $SD=0.62$) และปัญหาการเพิ่มภาระงานของบุคลากร ($=4.73$, $SD=0.52$)

3. ลำดับความเร่งด่วน และแนวทางแก้ไข ปัญหาการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว

3.1 การจัดลำดับความเร่งด่วนในการแก้ไข
ปัญหาการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว
จากมากไปน้อยดังนี้ (1) การไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (2) การสูญเสียงบประมาณ (3) การเพิ่มภาระงานของบุคลากร (4) การระบาดของโรค และ (5) การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำของโรค ตามลำดับ

3.2 ผลการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบ
ว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการให้บริการ
สาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลใน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร พบ
ประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเข้าเมืองผิด
กฎหมาย ไม่มีประกันสุขภาพ ปัญหางบประมาณ และการเพิ่มภาระงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่ามีคำแนะนำแนวทางการ
แก้ไขปัญหาดังนี้ (1) เพิ่มมาตรการทางกฎหมาย
ต่อการเข้าเมือง (2) เน้นการทำประกันสุขภาพของ

คนต่างด้าว (3) มีกระบวนการดำเนินการทางระบาด
วิทยา ก่อนการเข้าเมือง (4) พัฒนาระบบจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลแก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม และ (5)
การเตรียมความพร้อมด้านระบบสารสนเทศ การจัด
เก็บฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยความต้องการ
สำคัญของแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย
ได้แก่ ความต้องการในการอยู่รอด และความต้องการ
ความเจริญก้าวหน้า ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตาม
ทฤษฎีความต้องการอี-อาร์-จี (ERG Theory)¹¹
เนื่องด้วยแรงงานต่างด้าวมีความต้องการในการอยู่
รอด (Existence Needs) เป็นอันดับแรกซึ่งถือเป็น
ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการที่จะดำรง
ชีพ เช่น อาหาร น้ำ อากาศและที่อยู่อาศัย ซึ่งสามารถ
เปรียบเทียบกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ
Maslow (Maslow's Hierarchy of Need) และเมื่อ
ความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนองแล้ว

แรงงานต่างด้าวจึงจะต้องการความเจริญก้าวหน้า (Growth Needs) เป็นอันดับต่อไป

ด้านประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล แรงงานต่างด้าวเห็นว่าการเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย จะได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน การให้บริการอย่างก้าวหน้า และได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ก่อปรกัระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีบุคลากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีศักยภาพสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน¹⁶ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาถูก จึงเป็นแรงจูงใจที่ทำให้แรงงานต่างด้าวเข้ามารับการรักษาในประเทศไทยสูงขึ้น อีกทั้งมีการแนะนำญาติที่เจ็บป่วยเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย โดยเข้ามาในรูปแบบนักท่องเที่ยว อาศัยช่องว่างทางกฎหมาย เพราะยังขาดกระบวนการตรวจและคัดกรองโรค นอกจากนี้ยังมีการแนะนำเครือญาติที่ตั้งครรภ์ให้เดินทางเข้าประเทศไทยก่อนคลอด 5-6 เดือน เพื่อจะได้ทั้งสิทธิการคลอดและได้สิทธิขอสัญชาติไทย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว ได้แก่ ความต้องการในการอยู่รอด บประมาณและบุคลากร อธิบายได้ว่าปัจจุบันแรงงานต่างด้าวประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบด้านสาธารณสุขของประเทศไทย อันได้แก่ การพบโรคระบาดที่มากับแรงงานต่างด้าวซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีในประเทศไทยหรือไม่เกิดขึ้นในประเทศไทยมานานเพิ่มสูงขึ้น⁶ และในกลุ่มประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติยังพบโรคที่มีน้อยลงในคนไทย เช่น ซิฟิลิส เแท้ช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น มาลาเรีย รวมถึงวัณโรค และจำนวนหนึ่งเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB) วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR TB)⁸ เมื่อมีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพได้ ด้วยมีข้อจำกัดในเรื่อง

ของสถานะบุคคลในประเทศไทย สถานภาพการเข้าเมืองที่ผิดกฎหมาย และปัจจัยอื่น ได้แก่ การสื่อสารสังคมและวัฒนธรรม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความตระหนักและรับรู้ระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการประกันสุขภาพอยู่ในสภาพของการสมัครใจ¹⁹ และการบังคับใช้กฎหมายให้แรงงานต่างด้าวทำประกันสุขภาพยังไม่เข้มงวด ทำให้มีแรงงานจำนวนมากที่ไม่มีประกันสุขภาพ รวมถึงการขาดการประสานข้อมูลกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้จำนวนผู้ที่ได้รับอนุญาตทำงานกับจำนวนผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพแล้ว ไม่สามารถตรวจสอบกันได้⁸ ดังนั้นจึงส่งผลให้การประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวไม่ครอบคลุม

ด้านความเร่งด่วน ควรเร่งแก้ไขปัญหาการไม่มีบัตรประกันสุขภาพเพราะเป็นปัญหาที่มีผลกระทบโดยตรงต่อด้านงบประมาณ เนื่องด้วยแรงงานต่างด้าวที่ไม่ทำประกันสุขภาพ ทำให้ไม่มีสิทธิการรักษาจะต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง หากไม่ชำระโรงพยาบาลจะต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด¹⁷ จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพเป็นจำนวน 856,330.33 บาท (ร้อยละ 38.35) กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ชำระเงินเอง) เป็นจำนวน 1,061,273 บาท (ร้อยละ 47.53) และกลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (อนุเคราะห์) เป็นจำนวน 315,426.67 บาท (ร้อยละ 14.12) สอดคล้องกับการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายการรักษาของกลุ่มแรงงานต่างด้าว โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 8 แห่ง ในปีงบประมาณ 2553-2555 พบว่ามีการใช้งบประมาณสำหรับดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวน 713,044,085 บาท ไม่สามารถเรียกเก็บได้ 259,631,194 บาท (ร้อยละ 36.41)¹⁰ จากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับ

ค่าใช้จ่ายที่แรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายชำระรายปี เพื่อประกันสุขภาพจะพบว่าต่างกันอย่างมาก หากปล่อยให้สถานการณ์เช่นนี้ดำเนินต่อไปก็จะเกิดการแย่งชิงแย่งชิงทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย อาจส่งผลกระทบต่อประชากรไทยที่อาจต้องจ่ายต้นทุนบริการทางสาธารณสุขที่สูงขึ้น หรือการที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่มีมาตรฐานได้ทันต่อเวลา²⁰

จากประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ การเข้าเมืองผิดกฎหมาย ไม่มีประกันสุขภาพและปัญหางบประมาณ จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ (1) เพิ่มมาตรการทางกฎหมายต่อการเข้าเมือง พร้อมทำประกันสุขภาพทุกคน ณ ด่านพรมแดนถาวรทุกคน อย่างเร่งด่วน (2) เพิ่มประสิทธิภาพในด้านกระบวนการคัดกรองทางระบาดวิทยาของแรงงานต่างด้าวก่อนการเข้าเมือง และให้การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือการคัดกรองทางระบาดวิทยา (3) จัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และ (4) พัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับข้อมูลแรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพจากการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว และการศึกษาเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาล สำนักงานแรงงาน สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร และแรงงานต่างด้าวที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานแรงงานจังหวัดสมุทรสาคร. ข้อมูลด้านแรงงานของจังหวัดสมุทรสาคร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2562]; เข้าถึงได้จาก: <http://samutsakhon.mol.go.th/node/56>
2. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. สถิติจำนวนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนธันวาคม 2560. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2560.
3. โรงพยาบาลสมุทรสาคร. สรุปผลการดำเนินงานเสนอการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงกรณีปกติ ปีงบประมาณ 2561. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2561.
4. Hfocus. ขยายประกันสุขภาพต่างด้าว ‘รพ.ชลบุรี-ระยอง-สมุทรสาคร’ แยกคำรักษาต่างด้าวนอกระบบพุง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2013/01/2211>.
5. International Labour Office. ILO Global Estimates on International Migrant Workers- Results and Methodology. (2nd) ed; 2018.
6. สมาน เหล่าดำรงชัย. การบริหารจัดการความรู้ผลกระทบแรงงานต่างด้าวต่อเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.ias.chula.ac.th/ias/th/Research-Knowledge-Management-Detail.php?id=4>
7. สุทัศน์ ศรีวิไล. ผลกระทบของแรงงานข้ามชาติต่อระบบสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์หลักสูตร

นักบริหารการทูต]. กรุงเทพมหานคร; 2556.

8. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. รูปแบบการประกันสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร]. กรุงเทพมหานคร;. 2558

9. ชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. ระบาดวิทยาของโรคเรื้อนในแรงงานต่างด้าวอพยพเข้ามาในประเทศไทยปี พ.ศ. 2541-2559. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561; 8(1): 1-13.

10. รัชนุช ปัญญา พวงเพ็ญ ชูรินทร์ และดาราวรรณ รองเมือง. การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและ โรค ของแรงงานต่างด้าว ในโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. Journal of Graduate Research. 2558; 6(1): 109-118.

11. Alderfer CP. An empirical test of a new theory of human needs. Organization Behavior and Human Performance. 1969; 4: 75-142.

12. บุญทัน ดอกไธสง. การจัดการทุนมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ตะวัน; 2551.

13. Millet. Management in the public service. The quest for effective performance. New York: McGraw-Hill Book;1954.

14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970; 30(3):607-610.

15. Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, & Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. Saudi Journal of Anesthesia. 2016; 10: 328-331.

16. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.

17. กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. รายงานการศึกษาผลกระทบจากการ ให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร; 2559.

18. อุดลย์ รัตโส. ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต 2550. วารสารการพัฒนาท้องถิ่น. 2551; 1:149-65.

19. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับแรงงานข้ามชาติหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการ แรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม; 2560.

20. สุทัศน์ ศรีวิไล. ผลกระทบของแรงงานข้ามชาติต่อระบบสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรนักบริหารการทูต]. กรุงเทพมหานคร; 2556.

ประสิทธิผลการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดี

The effectiveness of motivational interviewing per Hemoglobin A1C control level
in poor control type 2 diabetes mellitus patients

เทอดศักดิ์ เดชคง พ.บ.

Terdsak Detkong M.D.

สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต

Office of International Affairs, Department of
Mental Health

Received: December 17, 2019, Revised: February 28, 2020, Accepted: March 31, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ วัดดูประสพเพื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจพัฒนาจากการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวนการสนทนา 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง มีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัด 2) ค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) ให้ข้อมูลและข้อเสนอแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลใน HbA1c ของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวม 70 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการระหว่างพฤศจิกายน พ.ศ.2558-2559 ผลพบว่าร้อยละ 31.2 มีอายุ 60-69 ปี หลังจบโปรแกรมเดือนที่ 6 ค่าน้ำตาลใน HbA1c ลดลงถึง 180 คน (ร้อยละ 71.1) และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับการควบคุม 101 คน (ร้อยละ 39.9) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลใน HbA1c ระหว่างก่อนทดลองและติดตามครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจผลักดันแรงจูงใจภายในนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรนำโปรแกรมนี้ไปอบรมให้กับพยาบาล ในแผนกคลินิกเบาหวานให้ครบ 100% เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

Abstract

This study was a quasi-experimental research with repeated measurement groups. The objective was compare glucose control in HbA1c of patients before and after receiving the motivation interviewing program which developed from short form counseling to strengthen motivation that 4 times per 4 months, 5-10 minutes each time. This program had 3 steps: 1)engagement 2)fight out and strengthen and 3)advice with menu. The population were type 2 diabetes patients, outpatient department in 70 hospitals under the Ministry of Public Health and had blood test for HbA1c . The sample had selected to 253 samples who voluntary. Performed during November 2015-2016. It was found that 31.2 % were aged 60-69 years. After the end of the sixth month found that HbA1c sugar dropped to 180 people (71.1 %), decreasingly changed the control level 101 people (39.9 %), and the mean glucose levels in HbA1c between before and after the second follow - up were significantly different at .05 level. Consistent with many researches that use motivational interview to drive internal motivation leading to behavior modification. Should bring this program to training for nurses in the diabetes clinic department to complete 100% to help control the glucose level of patients better.

คำสำคัญ

การสนทนารสร้างแรงจูงใจ

การควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Key words:

Motivational Interviewing

Hemoglobin A1C control level

type 2 diabetes mellitus patients

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ(International Diabetes Federaton:IDF) รายงานว่าปี พ.ศ.2560 ประชากรอายุ 20-79 ปีทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานถึง 4 ล้านคนจากจำนวนประชากร 7.5 พันล้านคน แนวโน้มระหว่างปีพ.ศ.2560 ถึง พ.ศ. 2588 จะมีคนป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 425 ล้านเป็น 629 ล้านคน

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 727 พันล้านเหรียญสหรัฐเป็น 776 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงพบประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีถึง 32.9 ล้านคน ในขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางมีจำนวน 170.5 ล้านคน และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำมีจำนวน 9 ล้านคน⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทยอัตราการตายจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี 2559 พบอัตราการตายโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

ถึง 22.3 ต่อแสนประชากร อัตราตายก่อนวัยอันควร อายุ 30-69 ปีจากโรคเบาหวานเพิ่มเป็น 20.6 ต่อแสนประชากร และยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 มีการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าพื้นที่อื่น ๆ และยังเป็นสาเหตุให้มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปี ด้วย อีกทั้งในปี 2560 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในภาพรวมประเทศถึงร้อยละ 1.7 ต่อแสนประชากรอย่างไรก็ตาม ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ก็เพิ่มขึ้นเช่นกันดังปี พ.ศ.2559 และ พ.ศ.2560 เท่ากับ 20.77, 23.11 ตามลำดับ⁽²⁾

การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา⁽³⁾ International Diabetes Federation⁽⁴⁾ และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ นั้น ระบุให้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นวิธีการทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ซึ่งการตรวจวัดระดับน้ำตาลใน HbA1c เป็นอีกหนึ่งรูปแบบของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่บอกถึงค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา เกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ของวัยผู้ใหญ่ มีเป้าหมายควบคุมแบ่งเป็น 3 ระดับ⁽³⁻⁵⁾ ดังนี้ 1) น้อยกว่า 6.5% หมายถึง ควบคุมแบบเข้มงวดมาก (คือการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา) 2) น้อยกว่า 7% หมายถึง ควบคุมแบบเข้มงวด 3) ระหว่าง 7-8% หมายถึง ควบคุมแบบไม่เข้มงวด โดยทั่วไปเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลส่วนใหญ่ที่ยอมรับได้คือควบคุมให้อยู่ในระดับน้อยกว่า 7% ถ้ามากกว่า 8% ถือว่ายอมรับไม่ได้⁽⁴⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีดังนี้คือ 1)

มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา (Non compliance) ได้แก่ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทาน ซื้อยารับประทานเอง หักยาเอง และ 2) ปฏิเสธการรักษา (Non Adherence, Non concordance) มีลักษณะหยุดรักษาทั้งเกิดจากความตั้งใจ และความไม่ตั้งใจ หรือรักษาเป็นบางครั้ง ดังนั้นการผลักดันให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽⁶⁾ ในต่างประเทศมีความพยายามที่จะใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความร่วมมือในการรักษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ผู้บำบัดนำไปใช้เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจสร้างความร่วมมือในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽⁷⁻¹⁵⁾

จากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นและผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขสนใจพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการบำบัดผู้ป่วย โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่ายที่สุดคือทำอะไรจึงจะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อีกทั้งผู้บำบัดเป็นผู้ที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและสามารถสร้างความร่วมมือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick⁽¹⁶⁾ คือการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่ง เกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลงเป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจมาประยุกต์เป็นโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง เพื่อให้ผู้บำบัดใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และทำการศึกษาผลลัพธ์โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ สมมติฐานการวิจัยคือ 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ได้สูงกว่าก่อนรับโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ คือวัดก่อนทดลองและเดือนที่ 6 หลังจากเริ่มการทดลอง (ติดตามผลครั้งที่ 2) ตัวแปรอิสระคือการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง ตัวแปรตามคือการเปลี่ยนแปลงระดับของการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c เกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c แบ่งเป็น 3 ระดับ⁽³⁻⁵⁾ คือ 1)น้อยกว่า 6.5% หมายถึง ควบคุมแบบเข้มงวดมาก 2)6.5-7% หมายถึง ควบคุมแบบเข้มงวด 3)7-8% หมายถึง ควบคุมแบบไม่เข้มงวด ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลใน HbA1c ของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์รวม 70 แห่ง ดำเนินการระหว่างพฤศจิกายน พ.ศ.2558-2559 ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 999 ราย เป็นเพศชาย 282 รายและเพศหญิง 717 ราย

วัสดุและวิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ช่วยวิจัยทบทวนเวชระเบียนจากประชากรผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลใน HbA1c $\geq 7\%$ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าใจ สื่อสารพูด/ฟังภาษาไทย ได้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจาก 27 โรงพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง โรงพยาบาล

ชุมชน 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง จำนวนอาสาสมัครมีตั้งแต่ 1 ถึง 19 รายต่อแห่ง จำนวนรวมทั้งสิ้น 253 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ประกอบด้วยการสนทนาจำนวน 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวทางการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภทของเทอดศักดิ์ เดชคง และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (stage of change) ของ Prochask & Diclemente และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick เป็นพื้นฐาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจด้านภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ องค์ประกอบหลักของการสนทนาในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) ดังนี้ 1) engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัดผ่านการสนทนาในเรื่องที่ผู้รับบำบัดให้ความสำคัญ และหาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางการสนทนาสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยค้นหาข้อดีและชื่นชม อาทิ เกี่ยวกับงานที่ผู้รับบำบัดทำ เช่น “คุณทำงานอะไรตอนนี้” (ขบถลิสล้อ) “คุณเป็นคนขยันมาพบหมอแล้วยังกลับไปทำงานต่ออีก” หรือ “คุณเป็นมีความรับผิดชอบแม้งานยุ่งขนาดนี้ก็ยังไม่พบหมอได้” สนทนาเกี่ยวกับสิ่งสำคัญหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น “ดูเหมือนคุณเป็นเสาหลักของครอบครัว” “คุณเป็นคนสำคัญต่อครอบครัว” เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น “ขออนุญาตคุยเรื่องโรคเบาหวาน การทานยาของคุณหรือดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง”

2)fight out & strengthen คือการค้นหาและทำให้แรง
ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น โดย
ถามกระตุ้นและใจให้ผู้รับบำบัดได้คิดและพูดคำพูดที่
บ่งบอกถึงความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวข้องกับ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกมา เป็นคำพูดที่นำไปสู่
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น “โรคที่คุณเป็นส่งผลต่อ
การดำเนินชีวิตอย่างไร” “หากปล่อยไว้คิดว่ามันจะมีผล
อะไรตามมา” 3)advice with menu คือการให้ข้อมูลและ
ข้อเสนอแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่
เป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด เช่น “คุณอาจกินยาแต่ต้อง
มาเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลที่โรงพยาบาล” “กินยา
ให้ครบและออกกำลังกาย”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1)แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงใจ ประกอบด้วย
ข้อมูลทั่วไปและบันทึกการสนทนา 2)แบบบันทึก
ระดับน้ำตาลใน HbA1c ก่อนทดลองและติดตามผล
ครั้งที่ 2 3)เครื่องเอยู 400 (AU400) ของโรงพยาบาล
ที่เข้าร่วมวิจัย ใช้ตรวจวัดระดับน้ำตาลใน HbA1c ได้
รับการรับรองมาตรฐานจากบริษัท อีฟอร์แอลอินเท
อร์เนชันนอล จำกัด มีการติดตามดูแลสภาพเครื่องทุก
1 ปี และตั้งค่ามาตรฐานก่อนใช้งานทุกครั้ง 3)แบบ
ติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมครบ 3 และ 6 เดือน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้ร่วมวิจัย (เจ้าหน้าที่ของโรง
พยาบาลที่ผ่านการอบรม MI) ทำการคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์
การคัดเลือกโดยพิจารณาจากเวชระเบียน ชักประวัติ ผล
การตรวจทางกายและผลตรวจระดับน้ำตาลใน
HbA1c $\geq 7\%$ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำ
วิจัย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้และ
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทำโดย
ขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการวิจัยในคน กรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หลังได้รับอนุญาต
ให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือและเข้า
พบผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่
สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำ
วิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนทดลอง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตาม
ปกติจากโรงพยาบาล ตามลำดับได้แก่ ได้คำแนะนำการ
ดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนพบแพทย์ พบ
แพทย์ ปรึกษา และได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรง
ใจจากผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลา 5-10 นาที ผู้ป่วยได้รับ
โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงใจเป็นจำนวน 4 ครั้ง
ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2559 เมื่อครบ
โปรแกรมผู้ป่วยได้รับการติดตามอีก 2 ครั้ง คือ ครั้งที่
1 เดือนสิงหาคม ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2559
เพื่อสอบถามความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงใน
การปฏิบัติตัว ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ซึ่งในการ
ติดตามครั้งที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจระดับน้ำตาลใน
HbA1c การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้การทดสอบค่าที่กลุ่มทดลองที่
ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t – test และ one sample
test) ในการเปรียบเทียบระดับการควบคุมระดับน้ำตาล
ใน HbA1c ก่อนทดลองและติดตามครั้งที่ 2

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.2 อายุ 60-69 ปี
รองลงมาร้อยละ 28.4 อายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 26.5
มีเป็นพ่อบ้านแม่บ้าน รองลงมาร้อยละ 22.1 ประกอบ
อาชีพรับจ้าง ส่วนอาชีพเกษตรกรรมและค้าขายมีเท่า
กันคือ ร้อยละ 11.0 ระดับน้ำตาลใน HbA1c กลุ่ม
ตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับน้ำตาลใน HbA1c จำแนกตามกลุ่มอายุ

ช่วงอายุ	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c ครั้งที่ 1 $\geq 7\%$			
	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 30 ปี	-	1	1	0.4
30 - 39 ปี	2	6	8	3.2
40 - 49 ปี	12	36	48	19.0
50 - 59 ปี	17	55	72	28.4
60 - 69 ปี	17	62	79	31.2
70 - 79 ปี	6	32	38	15.0
ตั้งแต่ 80 ปี	1	6	7	2.8
รวม	55	198	253	100.0

หลังจบโปรแกรมการสนทนาร่างแรง
ใจเดือนที่ 6 (ติดตามครั้งที่ 2) พบค่าน้ำตาลใน
HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีค่า
ลดลงถึง 180 คน (ร้อยละ 71.1) และเปลี่ยนระดับ
ของการควบคุมระดับน้ำตาลโดยลดลง 101 คน (ร้อย
ละ 39.9) แต่ยังคงพบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาล
ใน HbA1c เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.7 ซึ่งระดับการควบคุม
เปลี่ยนเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.1 ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้
พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลใน HbA1c ระหว่าง

ก่อนทดลองและติดตามครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3 ซึ่งผล
การศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของการ
เปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลใน HbA1c และการเปลี่ยน
ระดับการควบคุมของระดับน้ำตาลใน HbA1c ใน
ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนทดลอง และ
ติดตามครั้งที่ 2 (เดือนที่ 6 หลังครบโปรแกรม)

การควบคุมระดับน้ำตาลใน		เปลี่ยนแปลง		เปลี่ยนระดับ	
HbA1c และการเปลี่ยน		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับของน้ำตาลใน HbA1c					
จำนวน (คน)					
ระดับน้ำตาลใน	ลดลง	180	71.1	101	39.9
HbA1c $\geq 7\%$ ระหว่าง	เท่าเดิม	8	3.2	134	53.0
	เพิ่มขึ้น	65	25.7	18	7.1
ก่อนทดลอง และติดตามครั้งที่ 2					
รวม		253	100.0	253	100.0

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลใน HbA1c ระหว่างก่อนทดลอง และติดตามครั้งที่ 2 (เดือนที่ 6 หลังครบโปรแกรม)

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลใน HbA1c	N	MEAN	SD.	T
ก่อนทดลอง	253		1.56	6.627*
ติดตามครั้งที่ 2	9.021		1.68	
(6 เดือนหลังครบโปรแกรม)	253			
	8.255			

*p <.05

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลใน HbA1c $\geq 7\%$ หลังจากจบโปรแกรมการออกกำลังกายไปแล้ว 6 เดือน มีระดับน้ำตาลใน HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงระดับการควบคุมของระดับน้ำตาลที่ลดลงด้วย แสดงว่าการออกกำลังกายสามารถผลักดันแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลใน HbA1c ลดลง นอกจากนี้โปรแกรมการออกกำลังกายที่ใช้เวลา 5-10 นาทีจำนวน 4 ครั้งก็เป็นโปรแกรมที่ใช้เวลาน้อยผู้ป่วยปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ได้ในงานบริการปกติ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัย ดังเช่น Veliyathumalil JB ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 27-79 ปี มีถึงร้อยละ 78.3 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล มีค่าระดับน้ำตาลใน HbA1c 8% กำหนดให้กลุ่มทดลอง 30 คนได้รับการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจเป็นเวลา 10 สัปดาห์ พบค่าระดับน้ำตาลใน HbA1c ก่อนทดลองและหลังการทดลองเปลี่ยนแปลงจาก $10.408\% \pm 1.71$ เป็น

$9.484\% \pm 1.62$ ที่ระดับ $p = .008$ ระดับน้ำตาลในเลือดของคนที่อดอาหารเช้า (fasting blood glucose) ลดลง 28.4% ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารกลางวัน (pre-lunch blood glucose) ลดลง 29% และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเย็น (pre-dinner blood glucose) ลดลง 29% สรุประดับน้ำตาลใน HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .00$ ค่าดัชนีมวลกายปรับตัวดีขึ้นเล็กน้อย ความร่วมมือในการรักษามีผลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และ self-efficacy เพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ ขณะที่ Meng Li, et al ใช้การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองจำนวน 51 รายและกลุ่มควบคุม 50 ราย พบภาวะดื้ออินซูลินแสดงด้วยผลเลือด (Homeostatic Model Assessment-Insulin Resistance :HOMA-IR scores) มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับ MI กับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .000^{(10)}$ และมี self-management แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ^(8,10,11,18)

Welch G, et al ทดลองใช้วิธีการต่างๆ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานใช้กลุ่ม

ตัวอย่าง 234 ราย สุ่มแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 58 ราย ให้ความรู้การจัดการตนเองตามมาตรฐาน กลุ่มที่ 2 จำนวน 58 ราย ให้ความรู้ผ่านทางคอมพิวเตอร์อย่างเดียว กลุ่มที่ 3 จำนวน 57 ราย ให้การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจอย่างเดียว จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที สัมภาษณ์โดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเรื่อง MI และ กลุ่มที่ 4 จำนวน 61 ราย การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองกับการให้ความรู้ผ่านทางคอมพิวเตอร์ (MI with computer) พบว่าก่อนการทดลองทั้ง 4 กลุ่มมีระดับน้ำตาลใน HbA1c ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่าทั้ง 4 กลุ่มมี drop-out rate สูงในระยะติดตามถึงร้อยละ 35.0 เมื่อวิเคราะห์ผลตกทอดยพหุคูณ กลุ่มที่ได้รับ MI มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลใน HbA1C ลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ MI ($t=2.10$; $p=0.037$)⁽¹²⁾ มีการทดลองใช้โปรแกรมเสริมพลังด้วย MI จำนวน 4 ครั้งโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเปรียบเทียบกับ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบปกติสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อวัดผลหลังทดลองทันทีและติดตามเดือนที่ 3 พบว่าค่าคะแนนที่เกี่ยวกับปัญหาที่มาจากเบาหวาน (problem areas in diabetes: PAID) ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทดลอง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หากกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในระดับพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง⁽¹⁹⁾ ทำนองเดียวกันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับ MI ควบคู่กับกิจกรรมต่างๆ ตามแนวทางจิตวิทยาเชิงบวก รวมทั้งการออกกำลังกาย เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับจิตวิทยาเชิงบวกอย่างเดียว พบว่ากลุ่มที่ได้รับ MI ควบคู่กิจกรรมตามแนวทางจิตวิทยาเชิงบวกมีการพัฒนาสุขภาพที่เหมาะสมได้ต่อเนื่อง มีการดูแลตนเองได้ดี ความยืดหยุ่นของร่างกายดีขึ้นค่า BMI และ ค่า HgA1C ลดลง^(20,21) กรณีหญิงอ้วนมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศึกษาในสตรีอเมริกันแอฟริกันอายุ 34 ปี HbA1c $\geq 7.0\%$ จำนวน 24 คน

ได้รับ MI จำนวน 5 ครั้งหลังจบโปรแกรม 18 สัปดาห์ พบการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .03$ และความเชื่อมั่นในการเลือกร้านอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .06$ ⁽¹³⁾

โปรแกรมการทำ MI ที่ใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งนาน 1 ชั่วโมงจำนวน 8 ครั้งโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม MI อย่างเข้มข้น มีในการศึกษาของ Gabbay RA, et al กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 232 รายได้รับโปรแกรม MI และกลุ่มควบคุม 313 ราย ศึกษาผลทางคลินิกด้วยค่าความดันโลหิต ค่าระดับไขมันในเลือด ค่าระดับน้ำตาลใน HbA1c ในช่วง 18 เดือน พบว่าความดันโลหิตในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (131 ± 15 เทียบกับ 135 ± 18 mmHg ตามลำดับ $p < 0.05$) การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลใน HbA1c ของกลุ่มควบคุมจาก 9.1% เป็น 8.0% และกลุ่มทดลองจาก 8.8% เป็น 7.8 %⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในประเทศเดนมาร์กของ Rubak S, et al ที่เตรียมผู้บำบัดโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม I จำนวน 64 ราย ได้รับการฝึกอบรม “การสัมภาษณ์สร้างแรงบันดาลใจเตรียมตัวให้ผู้รับบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรม” ประกอบด้วยแนวคิดทางทฤษฎี โค้ชในประเด็นสำคัญ ของ MI การใช้ทักษะเฉพาะเช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ ความสับสน (ambivalence) ความสมดุลของการกำหนดการเรียนรู้ การเปรียบเทียบระดับภาพ (visual analog scale) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง และการฟัง การสะท้อน ฝึกอบรมเป็นเวลา 1½ วันและอีกครั้งวันของวันที่สองเป็นการติดตามผล ส่วนกลุ่ม C จำนวน 140 ราย เคยผ่านการอบรมในหลักสูตรผู้บำบัดทั่วไป ผู้บำบัดกลุ่ม I ทำหน้าที่ให้โปรแกรม MI เป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 5 นาที กับกลุ่มทดลองจำนวน 307 ราย ส่วนกลุ่ม C ให้บริการกับกลุ่มควบคุมจำนวน 321 ราย โดยที่ไม่ได้ให้โปรแกรม MI หลังการทดลองที่ 12 เดือนพบว่าก่อน

และหลังของกลุ่มทดลองมีค่า คอเลสเตอรอลในเลือด (T-Chol), HDL, LDL, ระดับน้ำตาลใน HbA1c และ BMI ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ก็ไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยสรุปว่า อาจเป็นไปได้ว่าผู้บำบัด (กลุ่ม C) ของกลุ่มควบคุม อาจนำเอาองค์ประกอบหลักของ MI มาใช้ในการ บำบัดและผู้บำบัด (กลุ่ม I) ที่ได้รับการฝึกอบรม สัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจได้ให้ปรึกษาแบบ MI น้อย กว่าที่กำหนด ผลการศึกษาที่พบจึงแตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ⁽¹⁵⁾

สรุป

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ที่ ประกอบไปด้วยจำนวน 4 ครั้งครั้งละ 5-10 นาที สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการ เปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและมีผล ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ดีขึ้น ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติการพยาบาลคือ ควรนำโปรแกรมนี้ไปอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาล หรือ จิตวิทยาในแผนกคลินิกเบาหวานให้ครบ 100% เพื่อ ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ในผู้ป่วยให้ ดีขึ้น และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

ในด้านการบริหารพยาบาล ควรนำเสนอผลการวิจัยและ บทสรุปของการศึกษานี้แก่ผู้บริหารของโรงพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาให้การส่งเสริม และสนับสนุนในการทำกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการ ตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนข้อเสนอแนะ ด้านการวิจัยควรเพิ่มการศึกษาในระยะยาวมากกว่า 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมควบคุมระดับ น้ำตาลใน HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และควร ติดตามผู้ป่วยระยะยาวถึงโทรแทรกซ้อนอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บัณฑิต ศรีไพศาลและ สสส. ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย อธิบัติกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย นายแพทย์ สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้การสนับสนุนการ ดำเนินการวิจัยและอนุญาตให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการ วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. [Internet]. Brussels Belgium: International Diabetes Federation; 2017 [cited 2018 May 15]. Available from: www.diabetes-atlas.org/.
2. กรมควบคุมโรค, สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์; 2560.
3. American diabetes association. Standards of medical care in diabetes-2018 abridged for primary care providers. Diabetes care [Internet]. 2018 Jan [cited 2018 May 15]. 41(Suppl.1); S1-S159. Available from: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/36/1/14>
4. International diabetes federation. IDF clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care. Brussels, Belgium: International diabetes federation, 2017.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: ร่วมเย็นมีเดีย, 2560.
6. American diabetes association. Standards of medical care in diabetes-2017. Diabetes care. 2017; 40(Suppl 1): S25-S32. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40_Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
7. Abughosh S, Wang X, Sema O, Esse T, Mann A, Masi-lamani S, et al. A motivational interviewing intervention by pharmacy students to improve medication adherence. J Manag Care Spec Pharm. 2017; 23(5): 549-560. doi: 10.18553/jmcp.2017.23.5.549
8. do Valle Nascimento TM, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P, et al. A pilot study

of a community health agent-led type 2 diabetes self-management program using motivational interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17(1):32. doi: 10.1186/s12913-016-1968-3

9. Veliyathumalil JB. Effectiveness of motivational interviewing-based telephone follow-up in diabetes management. 2017 [cited 2018 May 23]. Available from: https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/623556/Veliyathumalil_J_DNP_Capstone.pdf?sequence=6&isAllowed=y

10. Li M, Li T, Shi B-Y, Gao C-X. Impact of motivational interviewing on the quality of life and its related factors in type 2 diabetes mellitus patients with poor long-term glycemic control. *Int J Nurs Sci.* 2014; 1(3): 250-4

11. Song D, Xu T-Z, Sun Q-H. Effect of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *Int J Nurs Sci.* 2014; 1(3): 291-7

12. Welch G, Zagarins SE, Feinberg RG, Garb JL. Motivational interviewing delivered by diabetes educator: does it prove blood glucose control among poorly controlled type2 diabetes patients?. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011; 91(1): 54-60

13. Miller ST, Oates VJ, Brooks MA, Shintani A, Gebretsadik T, Jenkins DM. Preliminary efficacy of group medical nutrition therapy american women with type 2 diabetes: a pilot study. *J Obes.* 2014 Aug. doi: 10.1155/2014/345941. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163289/>.

14. Gabblay RA, Anel-Tiangco RM, Dellasega C, Mauger DT, Adelman A, Van Horn DH. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DY-NAMIC); results of a 2 year randomized controlled pragmatic trial. *J Diabetes.* 2013; 5(3): 349-57

15. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. Effect of motivational interviewing on quality of care measures in screen detect type2 diabetes patients; a one year follow-up of an rct, addition Denmark. *Scand J Prim Health Care.* 2011; 29(2): 92-8

16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing:

Helping people change. (3rd edition). New York: Guilford press, 2013.

17. เทอดศักดิ์ เดชคง, วัฒนา ทรัพย์ประเสริฐ. การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิง, 2557.

18. Soderlund PD. Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illness.* 2018; 14(1):54-68 doi:10.1177/1742395317699449

19. Li L, Chen Q, Yan J, Liang W, Wong WCW. Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research.* 2020; 20:57 doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8

20. Celano CM, Gianangelo TA, Millstein RA, Chung WJ, Wexler DJ, Park ER, et al. A positive psychology-motivational interviewing intervention for patients with type 2 diabetes: Proof-of-concept trial. *Int J Psychiatry Med.* 2019; 54(2):97-114. doi: 10.1177/0091217418791448

21. Gallé F, Di Onofrio V, Miele A, Belfiore P, Liguori G. Effects of a community-based exercise and motivational intervention on physical fitness of subjects with type 2 diabetes. *Eur J Public Health.* 2019 ;29(2):281-6. doi: 10.1093/eurpub/cky140

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

The Development of Palliative Care System in Home Health Care: case study, Pong Hospital, Phayao Province

วรณูช วงศ์เจริญ* ปร.ด.

Woranuch Wongcharoen* Ph.D.

ทัศนมินทร์ รัชตาทนรัชต์** ปร.ด.

Tasanamin Ratchatathanarat** D.P.A.

พิสิษฐ์ สมงาม*** สม.

Phisit Somngam***MP.H

*โรงพยาบาลปง

*Pong hospital

**ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบความมั่นคงและ
ปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

** The Research and development ความ
center of Security the coast in gulf and
Andaman of Thailand

***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องช้าง

*** Ban Rongyang Health Promoting Hospital

Received: October 28, 2019, Revised: March 30, 2020, Accepted: July 03, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยในคลินิกการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลปง แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ นำทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา แนวคิดทรัพยากรในการบริหาร (4M) มาใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบ และใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน มาใช้เป็นวงจรในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น ในระยะที่ 1-3 ร้อยละ 30.55, 35.48 และ 73.91 ตามลำดับ และมีศูนย์อุปกรณ์การแพทย์สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้านเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยร้อยละ 100 ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนที่บ้าน จำนวน 15,000-20,000 บาทต่อราย และสามารถช่วยเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยก่อให้เกิดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่ผู้ป่วยและโรงพยาบาล

Abstract

The purposes of this action research design. This research aimed to develop of palliative care system in home health care. This research divided into three phases. The samples were patient in palliative care clinic in Pong hospitals, selected by purposive sampling. This study used system theory as a conceptual framework, resource management concept (4M) used for analysis and develop system, and PAOR cycle used for continuous quality improvement. The data were analyzed with descriptive statistics.

The findings of this study revealed that palliative care patients received continuity of care increased in phase 1–3 as 30.55, 35.48 and 73.91 percent respectively, have medical equipment support centers for palliative care patients, reduced the patients expenses for oxygen home therapy 15,000–20,000 baht per case, and increase hospital revenue. These findings indicate that palliative care system in home health care increase efficiency and effectiveness for patients and hospitals.

คำสำคัญ:

การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยรักษาแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลปง

Key words:

Home Health Care

Palliative Care

Pong Hospital

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี 2583 ซึ่งคาดว่าในปี 2564 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์¹ เนื่องด้วยปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และยารักษาโรคมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวมากขึ้น ในสถานการณ์การเจ็บป่วยปัจจุบันของประชากรไทย พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูล

ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์อัมพาตเพิ่มจากร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแล

แบบประคับประคองมากขึ้น² นอกจากนี้ผลสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาโรคเรื้อรังมากขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น และผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 1.5 อยู่ในสภาวะติดเตียงซึ่งจะนำไปสู่การดูแลแบบประคับประคองในอนาคตอีกประการหนึ่งด้วย³

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) องค์การอนามัยโรค⁴ ได้ให้ความหมายไว้ว่ามุ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วะยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และยังรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย⁵ โดยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรคนั้นได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคยังมีการดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และไม่ใช่โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย⁶ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมความเชื่อและความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิตคือต้องการจะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โดยจะมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นช่องทางในการสานต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

โรงพยาบาลปทุมธานีมีคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีความสุขสบาย ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และมีแนวทางในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังคงพบว่า ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมในปี 2560 มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพียงร้อยละ 9.41 กอปรกับได้รับข้อมูลย้อนกลับจากฝ่ายแผนงานเกี่ยวกับข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่าชดเชยจาก สปสช. จากการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถเรียกเก็บในปี 2560 เพียง 30,000 บาท ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นในระดับเดียวกับสามารถเรียกเก็บได้สูงกว่า ซึ่งในขณะที่โรงพยาบาลปทุมธานีประสบปัญหาด้านสภาพคล่องทางการเงิน⁷ ทั้งนี้ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน⁸ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้อย่างมาก แต่ในปัจจุบันจะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ยังคงมีความไม่สะดวกบางประการ อาทิ การขาดผู้ดูแลหลัก (Caregiver) จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ดังนั้นระบบบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วย⁹

จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลปงดง ที่กล่าวมา และแนวโน้มกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้นนั้น งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีคุณภาพสูงขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด หรือที่เรียกว่าการตายดี คือการจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) และยังสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายรับให้แก่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีอัตรากำลังขาดแคลนได้อีกด้วย โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในอำเภอปง และพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปงร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแล มีการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ปัญหาและการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยตัวผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะเพื่อนำสู่การปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2559–มีนาคม 2562 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลปง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 (ต.ค. 59–มี.ค. 61) จำนวน 31 คน ระยะที่ 2 (เม.ย. 61–ก.ย. 61) จำนวน 64 คน และระยะที่ 3 (ต.ค. 61–มี.ค. 62) จำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการติดตามเยี่ยม
2. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale version 2: PPSv2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ
ขั้นตอนการพัฒนา

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 3 ระยะ ในแต่ละระยะนำทฤษฎีระบบ (System Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

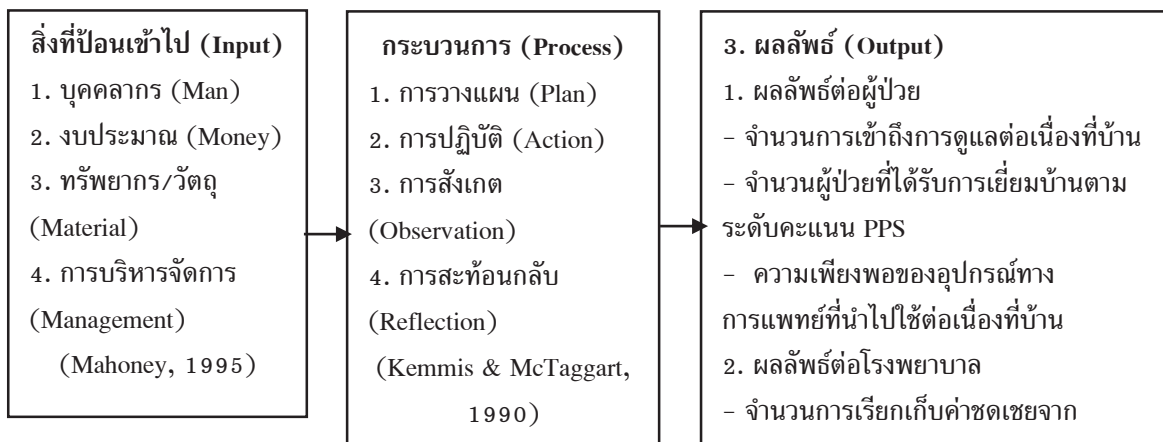
1. สิ่งป้อนเข้าไป (Input) โดยนำแนวคิดทรัพยากรในการบริหาร (Resource of Management: 4M)¹⁰ มาใช้เป็นหลักในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่อง

ที่บ้าน ได้แก่ (1) บุคคลากร (Man) (2) งบประมาณ (Money) (3) ทรัพยากร/วัสดุ (Material) และ (4) การบริหารจัดการ (Management)

2. กระบวนการ (Process) นำกระบวนการพัฒนาระบบ PAOR ของ Kemmis and McTaggart¹¹ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียว (spiral) ที่ต่อเนื่อง มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

3. ผลลัพธ์ (Output) ในการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีการวัดใน 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS และความพึงพอใจของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และ (2) ผลลัพธ์ที่เกิดกับโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ขั้นตอนในการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปลวกแดง ซึ่งสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาได้ ดังนี้ (1) ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง งานเยี่ยมบ้าน และสถาน

บริการเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนยังการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ (2) ระบบการออกติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ไม่ได้กำหนดช่วงเวลาการเยี่ยมที่แน่นอน ขาดการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่ระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ขาดระบบการติดตามประเมินผล และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ และ (3) ระบบการลงข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยในระบบ Hos xp การลงรหัสโรคไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ทันเวลาที่จะสามารถนำข้อมูลไปเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ได้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน โดยการระดมสมองของทีมสหสาขาวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโป่ง ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่องทางการขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่า และกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน โดยให้ทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) เป็นทีมหลักในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยตารางการเยี่ยมจะสอดคล้องรวมกับผู้ป่วยทั่วไป

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) นำระบบไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ประเมินระบบในระยะที่ 1

ระยะที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) จากการวิเคราะห์ปัญหาจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า (1) ด้านอุปกรณ์ในการสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และที่นอนลม เป็นต้น (2) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) เป็นทีมหลัก ทั้งนี้การที่ทีมจากคลินิกดูแลแบบประคับประคองไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน ส่งผลต่อความต่อเนื่องของแผนการรักษา การให้คำปรึกษา ขาดความเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (1) จัดทำโครงการรับบริจาคผ้าเก่าเพื่อต่อลมหายใจใหม่ โดยการขอรับ

บริจาคเสื้อผ้า หรือของใช้เก่าจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และผู้มีจิตศรัทธา แล้วนำมาขายเพื่อซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านได้ ตลอดจนการรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา และได้ตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง โดยมีการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ วิทยุบุญ ที่นอนลม เป็นต้น ให้ผู้ป่วยเป็นช่องทางด่วนตลอด 24 ชั่วโมง (2) พัฒนาช่องทางการค้นหาผู้ป่วยให้มากขึ้นจากทุกหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ (3) จัดตารางเวลาเยี่ยมบ้านในวันพฤหัสบดีที่ 2 ของทุกเดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก เภสัชกร นักกายภาพ และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) นำระบบไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ประเมินระบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) จากการวิเคราะห์ปัญหาจากผลการศึกษาในระยะที่ 2 พบว่า (1) ระยะเวลาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองเพียงเดือนละ 1 วัน ยังไม่เพียงพอ กับจำนวนและความต้องการของผู้ป่วย (2) ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย (3) จากการสำรวจสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพโป่ง พบว่าบางแห่งมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะสามารถให้การสนับสนุน

แก่ผู้ป่วยได้ และ(4) ด้านข้อมูล ปัญหาการเรียกเก็บค่าชดเชย พบว่าการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างงานเยี่ยมบ้าน กับฝ่ายงานแผนและข้อมูลยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) พัฒนาระบบโดย (1) มีการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนด้านอุปกรณ์การแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพ เนื่องด้วยในบางสถานบริการสุขภาพจะมีศูนย์ซ่อมอีก และมีอุปกรณ์ที่ได้รับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์จากผู้มีจิตศรัทธา ทั้งนี้แต่ละสถานบริการสุขภาพจะให้การดูแลในพื้นที่ของตนเองก่อน และให้การสนับสนุนเขตพื้นที่ที่อยู่ในโซนของตัวเองที่ขาดแคลน โดยที่ศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลปงจะเป็นผู้ที่สนับสนุนเพิ่ม

เต็มในพื้นที่ที่ขาดแคลน หรือกรณีเร่งด่วน (2) มีการเพิ่มวันในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นทุกวันศุกร์ บ่ายของทุกสัปดาห์ (3) ด้านข้อมูลจึงมีการสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างงานเยี่ยมบ้านกับฝ่ายงานแผน และข้อมูลเพื่อให้สามารถเบิกจ่ายค่าได้อย่างครบถ้วน และ (4) ใช้คะแนนจากแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2) เป็นตัวกำหนดความถี่ในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe)
นำระบบไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)
ประเมินระบบในระยะที่ 3

ตาราง 1 เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การรับผู้ป่วย จากคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	1. การรับผู้ป่วย จากหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งหมดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. วิธีการเยี่ยม ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานต่างๆ ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม	2. วิธีการเยี่ยม กำหนดระยะเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันศุกร์ พร้อมทีมทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้คะแนนจากแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2) เป็นเกณฑ์กำหนดความถี่ในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) PPS>70% เยี่ยมทุก 3 เดือน (2) PPS 40-70% เยี่ยมเดือนละครั้ง และ (3) PPS<30% เยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง
3. ทีมเยี่ยม ไม่ได้กำหนดทีมเยี่ยมชัดเจน การออกเยี่ยมขาดการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ	3. ทีมเยี่ยม เยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก เกสซิกกร นักกายภาพ และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน และให้ความสำคัญในการทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณีในการดูแลผู้ป่วย
4. ด้านการสนับสนุน ขาดแหล่งสนับสนุนด้านอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย	4. ด้านการสนับสนุน มีศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลปง และเครือข่ายการสนับสนุนด้านอุปกรณ์การแพทย์ในสถานบริการสุขภาพในชุมชนให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย
5. ด้านข้อมูล ลงบันทึกเฉพาะในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน	5. ด้านข้อมูล ลงบันทึกในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และสแกนลงในระบบ Hos xp มีการเชื่อมต่อข้อมูลในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย

1.1 การเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS

ตาราง 2 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยแบบประคับประคอง และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS

ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน		จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมตามระดับคะแนน PPS	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ปี 2560 (ก่อนการพัฒนา)	85	8	9.41	–	–
ระยะที่ 1	31	11	35.48	5	45.46
ระยะที่ 2	64	24	37.50	14	58.34
ระยะที่ 3	46	34	73.91	26	76.47

จากตาราง 2 ความแตกต่างของจำนวนการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา พบว่า ผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนการพัฒนาระบบได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 9.41 ภายหลังการพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1–3 คิดเป็นร้อยละ 30.55, 35.48 และ 73.91 ตามลำดับ และผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านตามระดับคะแนน PPS จำนวน 5, 14 และ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 45.46, 58.34 และ 76.47 ตามลำดับ

1.2 ความเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน

มีศูนย์การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ศูนย์ของโรงพยาบาลปง และศูนย์ในเครือข่ายในสถาน

บริการในชุมชนเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อเนื่องที่บ้านครบร้อยละ 100 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจการดูแลช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากทีมทำให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านตามความประสงค์ เพราะการได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นช่วยให้ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่าย โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจน จำนวน 15,000–20,000 บาทต่อราย ทั้งนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2. ผลลัพธ์ที่เกิดกับโรงพยาบาล

2.1 การเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ตาราง 3 ความแตกต่างของจำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา

ระยะเวลา	จำนวนเงินที่เรียกเก็บได้ (บาท)
ปี 2560 (ก่อนการพัฒนา)	30,000
ระยะที่ 1	57,000
ระยะที่ 2	132,000
ระยะที่ 3	169,000

จากตาราง 3 ความแตกต่างของจำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองระหว่างระบบเดิมกับระบบที่พัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาจำนวนการเรียกเก็บเงินค่าชดเชยเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1-3 เป็นจำนวน 57,000, 132,000 และ 169,000 บาท ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening illness) โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย¹² ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลปทุมธานีเน้นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ จากการศึกษาพบว่าทีมเยี่ยมบ้านควรมีการเตรียมความพร้อมได้แก่

1. ด้านบุคลากร (Man) การสนับสนุนบุคลากรให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพราะการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยผู้ที่ได้รับการอบรมฝึกฝนด้านการดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น¹⁴ โดยเฉพาะในด้านการให้คำปรึกษาซึ่งต้องมีความต่อเนื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ จะได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น เพราะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้ดูแลเฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวแต่ต้องครอบคลุมด้านจิตใจด้วย รวมถึงการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี พบว่าการพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยชัดเจนมีคุณภาพสูงขึ้น¹⁶

2. ด้านงบประมาณ (Money) จากการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน⁸ ดังจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนคือ การบริหารจัดการเรื่องเงินทุน¹⁷ จากผลการพัฒนาระบบครั้งนี้ พบว่าจำนวนการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นในระยะที่ 1-3 เป็นจำนวน 57,000, 132,000 และ 169,000 บาท ตามลำดับ ดังจะเห็นได้ว่าการจากการช่วยลดรายจ่าย ยังเป็นการเพิ่มช่องทางรายรับของโรงพยาบาลอีกด้วย

2. ด้านทรัพยากร/วัสดุ (Material) ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ที่บ้านได้ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ วิทยุบุญ (ใช้สำหรับผู้ป่วยฟังธรรมะ) และที่นอนลม เป็นต้น เพราะการสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน¹⁸ และสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับสำนักการที่ได้กำหนดว่าการประสานข้อมูลและอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลระดับประคับประคองในชุมชน (Palliative Care Community Nurse: PCCN)¹³ จากผลการพัฒนาระบบครั้งนี้มีศูนย์การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้บริการเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้

อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อเนื่องที่บ้านครบร้อยละ 100 การได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นช่วยให้ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่าย โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจน จำนวน 15,000-20,000 บาทต่อราย ทั้งนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

3. ด้านการบริหารจัดการ (Management) ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งในโรงพยาบาล เครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชนเพื่อเป็นช่องทางสำคัญในการประสานการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างไร้รอยต่อเพื่อให้การดูแลครอบคลุมเป็นองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่มีการเชื่อมโยงระบบบริการพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น¹⁹ และมีกระบวนการติดตาม นำเสนอข้อมูลย้อนกลับแก่ทีม เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO เน้น 6 ด้าน ได้แก่ (1) จุดเน้นในการดูแล คือผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล (2) เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน (3) มีความ

ต่อเนื่องในการดูแล (4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม (5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล และ (6) เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้รับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ด้านคุณภาพบริการกับสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่อยู่ควบคู่กันจะขาดอันใดอันหนึ่งไม่ได้ ซึ่งจะผลการศึกษาก็จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนาการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังสามารถช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีอัตรากำลังขาดแคลนได้ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาล อันส่งผลดีต่อการจัดสรรงบประมาณให้เกิดความเหมาะสมในการสนับสนุนด้านทรัพยากร วัสดุและการบริหารจัดการต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาระบบการติดตามและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ที่แตกต่างกัน
2. การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปง ทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปง ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2560.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติที่สำคัญสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562]; เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/statistic/statisticalThailand 2011/2.2 pdf>
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2556. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2557.
4. World Health Organization. Definition of palliative care [homepage on the Internet]. Geneva: The Organization 2002. [Internet]. [Cited 2019 Apr 4]; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. กรุงเทพมหานคร: อาร์ตควอลิไฟท์ จำกัด; 2559.
6. อรพรรณ พุฒินิไซติ. เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2560; 35(4):399-406.
7. โรงพยาบาลปง. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลปง ประจำปีงบประมาณ 2560. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2560.
8. ชุตินา อรรถสิทธิ์. (2553). การสำรวจการเข้าถึงสถาน

พยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: 2548-2549; 2553.

9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2562]; เข้าถึงได้จาก: https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf2557

10. Mahoney, J. T. The management of resources and the resource of management. Journal of business research. 1995; 33(2), 91-101.

11. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner. Geelong: Deakin University Press; 1990.

12. World Health Organization. Pain relief and Palliative Care. In: National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO Geneva. 2002; 2: 83-91.

13. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ปทุมธานี: สื่อตะวัน จำกัด; 2559.

14. ปิยะวรรณ โศภผลากรณ์, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 26(3), 41-51.

15. อัจฉนา ภูน้อย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ: กรณีศึกษา. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3. 2561; 11 (1):61-77.

16. นิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(3):36-50.

17. กมลพร สกุลพงศ์, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์ และเบญจวรรณงามวงศ์วิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษา

บ้านปันรัก สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 27(ฉบับพิเศษ):90-103.

18. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551; 2(2): 1021-30.

19. สมจิตร ประภากร, ศุภรักษ์ มั่นน้อย,ศิริพร สวยพรั่ง,วารสารณั พันธุ์ร่วม และอัญชลี สุขขัง. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็ง.วารสารกองการพยาบาล. 2558; 42(3): 50-68.

คุณภาพอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของสถานพยาบาลสองแห่ง

Indoor air quality in operating rooms of two hospitals and its effect on healthcare workers' health

รชนิกร วีระเจริญ พบ.

Rachaneekorn Weeracharoen, M.D.

ณัฐพงศ์ แหะหมั่น วท.ม.

Nuttapong Laemunn M.Sc.

ชยาพล จงเจริญ วท.บ.

Chayapon Jongcharoen B.Sc.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Department of Diseases control, Ministry of
Public Health

Received: March 1, 2020, Revised: April 9, 2020, Accepted: June 5, 2020

บทคัดย่อ

คุณภาพอากาศภายในอาคารเป็นปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพของมนุษย์ การปนเปื้อนคุณภาพอากาศทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ โดยผลกระทบจะขึ้นกับความเป็นพิษของสารปนเปื้อนนั้น โรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีศักยภาพทำให้เกิดการปนเปื้อนต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารจากจุลินทรีย์ต่างๆ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในห้องผ่าตัดและเพื่อประเมินสภาวะทางสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานที่อาจได้รับผลกระทบจากคุณภาพอากาศที่ไม่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพอากาศภายในห้องผ่าตัดทั้ง 2 แห่ง ส่วนใหญ่ไม่เกินค่าแนะนำ ยกเว้นห้องผ่าตัดโรงพยาบาลที่ 1 มี 4 จุดตรวจวัดที่ไม่ผ่านค่าแนะนำปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM10 และผลการตรวจวัดแบคทีเรียรวมมีค่าสูงกว่าค่าแนะนำอยู่ 4 จุดและจุดที่มากที่สุดมีค่าสูงถึง 1418 CFU/m³ พบสารฟอร์มาลดีไฮด์ที่มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในบางจุดตรวจวัดทั้ง 2 โรงพยาบาล ซึ่งต้องดำเนินการสำรวจและวิเคราะห์สาเหตุที่อาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนต่อไป การใช้แบบสอบถามอาการพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ 1 มีอาการระคายเคืองทั้งทางจมูกและตา สอดคล้องกับผลการตรวจวัดปริมาณฝุ่นขนาดเล็ก PM10 แบคทีเรียรวมที่มีค่าสูงกว่าค่าแนะนำ แต่กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการรายงานประวัติโรคภูมิแพ้มาก่อน จึงไม่สามารถแยกกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารที่มีภูมิอาการคล้ายคลึงกันได้ คุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดที่มีผลตรวจวัดไม่ผ่านค่าแนะนำควรได้รับการปรับแก้ไข และทำการตรวจประเมินซ้ำ นอกจากนี้การเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานควรดำเนินการเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

Abstract

Indoor air quality is the one of health determinant factors. Contamination of indoor air quality leading health effects which depend on the type of hazard and its' toxicity. The hospital is a source of patient care activities which are potential activities that cause contamination of indoor air quality from various microbes. The objective of this study to measure air quality in the operating room and to assess the health conditions of workers who may be affected by inappropriate air quality. Results found that Most of the operating room's indoor air quality is in the standard, but for the PM10, there're four rooms in hospital no.1 that's not meet the standard. For total bacterial count found that there're four rooms that total bacterial count of air sampling are higher than the recommendation and the highest point is 1418 CFU/m³ in the hospital no.1. Formaldehyde found that does not meet the standards for air quality in some measurement points of both hospitals, which must be further surveyed and analyzed for possible causes of the contamination. The results of the worker's interview found that the worker from hospitals NO.1 report their eye and nose symptoms, but this group is a group with an allergy history report Therefore, it is difficult to distinguish this symptom from sick building syndrome. The air quality in the operating room that's not meet the standard should be correct and re-assessed. In addition, indoor air quality monitoring and worker health monitoring should be carried out on a regular basis. At least once a year.

คำสำคัญ	Keywords
คุณภาพอากาศ	Indoor Air Quality
ความชื้นในอาคาร	Building Dampness
ห้องผ่าตัด	Operation Room

บทนำ

คุณภาพอากาศภายในอาคารเป็นปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพปัจจัยหนึ่งของมนุษย์ ในชีวิตประจำวันมนุษย์ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ภายในอาคารไม่ว่าจะเป็นบ้าน โรงเรียน หรือสถานที่ทำงาน สภาพแวดล้อมที่เป็นสถานที่ปิดของอาคารทำให้เกิดการสัมผัสสารปนเปื้อนในอากาศภายในอาคาร⁽¹⁾ การปน

เปื้อนคุณภาพอากาศภายในอาคารอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิง สารเคมี สารชีวภาพ เป็นต้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินการณว่าประชากร 3.8 ล้านคนต่อปีมีการตายก่อนวัยอันควรที่เจ็บป่วยจากการปนเปื้อนคุณภาพอากาศภายในอาคารบ้านเรือน⁽¹⁾

การปนเปื้อนคุณภาพอากาศภายในอาคารที่มีสาเหตุมาจากสารชีวภาพ โดยเฉพาะกลุ่มจุลินทรีย์ (แบคทีเรียและเชื้อรา) มีปัจจัยความชื้นภายในอาคารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโต ซึ่งการปนเปื้อนจุลินทรีย์ภายในอาคารนั้นเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจ อาการแพ้ หอบหืด และมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย⁽²⁾ โดยผลกระทบต่อสุขภาพจะขึ้นกับความเปราะบางของสารปนเปื้อนนั้นๆ และปัจจัยของผู้สัมผัส⁽³⁾ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการปนเปื้อนคุณภาพอากาศสามารถแบ่งได้ 3 ประเภทตามความรุนแรงและความสามารถในการฟื้นตัว ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร (sick building syndrome) และอาการจากปฏิกิริยาการแพ้ต่างๆ กลุ่มที่ 2 การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาคาร (Building-related illness) การเจ็บป่วยจากภูมิคุ้มกันและการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ และกลุ่มที่ 3 ที่เป็นผลกระทบระยะยาวและเป็นผลที่นักวิจัยกำลังให้ความสนใจมากขึ้น เช่น การเกิดมะเร็ง ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น⁽⁴⁾

โรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีศักยภาพทำให้เกิดการปนเปื้อนต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารจากจุลินทรีย์ต่างๆ และเป็นสถานที่รวมผู้ที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้มาก เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุและเด็ก การจัดการคุณภาพอากาศในโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งแก่ผู้เข้ารับบริการและเป็นการปกป้องสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด้วย โดยเฉพาะในห้องผ่าตัดซึ่งต้องการการจัดระบบปรับและระบายอากาศเฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานและลดความเสี่ยงที่สำคัญที่อาจเกิดต่อผู้เข้ารับบริการ คือ การติดเชื้อหลังการผ่าตัดซึ่งมี

ปัจจัยมาจากทั้งปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยจากกระบวนการผ่าตัดและปัจจัยจากห้องผ่าตัด เช่น สภาพแวดล้อม ความสะอาดของห้อง และระบบปรับและระบายอากาศของห้องผ่าตัด⁽⁵⁾

การศึกษาคุณภาพอากาศภายในโรงพยาบาลของประเทศไทยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาไว้หลากหลาย เช่น การศึกษาเรื่องคุณภาพอากาศภายในอาคารโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา⁽⁶⁾ ซึ่งทำการตรวจวัดมลภาวะอากาศภายในอาคารทางชีวภาพและภาวะสบายเชิงความร้อนในโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง จำนวน 5 แผนก พบว่า การตรวจวัดปริมาณแบคทีเรียรวมและเชื้อราวม มีค่าระหว่าง 3-411 CFU/m³ และ 0-289 CFU/m³ โดยค่าเฉลี่ยปริมาณแบคทีเรียรวมและเชื้อราวมตรวจพบสูงสุดในแผนกผู้ป่วยนอก การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร เช่น เรื่องอัตราชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในอาคารโรงพยาบาลที่มีการระบายอากาศไม่เพียงพอ⁽⁷⁾ พบว่าอัตราความชุกของกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารอยู่ในช่วงร้อยละ 25-26 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารกับสภาพการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ การศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวัดการปนเปื้อนคุณภาพอากาศในห้องผ่าตัด ได้แก่ เรื่อง อิทธิพลของควันจากการผ่าตัดต่อคุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดโรงพยาบาล⁽⁸⁾ พบว่าปริมาณ VOC ที่ตรวจพบปริมาณเพียงผ่าตัดและจุลระบายอากาศออกน้อยกว่าปริมาณที่ตรวจพบที่ห้องห้องผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าระบบปรับและระบายอากาศในห้องผ่าตัดเป็นส่วนสำคัญที่ลดการสัมผัสสิ่งปนเปื้อนในอากาศ

การศึกษาครั้งนี้เนื่องจากมีเหตุการณ์ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล 2 แห่งมีน้ำรั่วซึมจากฝ้าเพดานชั้นบน ผู้ปฏิบัติงานจึงเกิดความกังวลหากเกิดเชื้อราในห้องผ่าตัดจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ปฏิบัติงานเองและผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดนั้น ๆ จึงได้ประสานมายังกรมควบคุมโรคเพื่อลงพื้นที่ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

วัตถุประสงค์

เพื่อตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในห้องผ่าตัดและเพื่อประเมินสภาวะทางสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานที่อาจได้รับผลกระทบจากคุณภาพอากาศที่ไม่เหมาะสม

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในโรงพยาบาล 2 แห่ง ในภาคใต้และภาคกลาง ในช่วงเดือนมิถุนายนและสิงหาคม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการของผู้ปฏิบัติงาน ปรับมาจากแบบสอบถามกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร ของกรมควบคุมโรค แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและอาการทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในเดือนที่ผ่านมา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่ขึ้นปฏิบัติงานในช่วงเวลาทำการตรวจวัดคุณภาพอากาศและสะดวกต่อการให้สัมภาษณ์

การเดินสำรวจและการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดตามแนวทางการตรวจวัดตามมาตรฐานคุณภาพอากาศภายในอาคาร SS555 (Code of practice for Indoor air quality for

air-conditioned building Standard SPRING Singapore)⁽⁹⁾ และ NIOSH Method : 0800 BIOAEROSOL SAMPLING (Indoor Air)⁽¹⁰⁾ สำหรับการเก็บเชื้อราและแบคทีเรียรวมในอากาศ โดยจะทำการตรวจวัดทั้งภายในและภายนอกอาคาร และทำการตรวจวัดโดยผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือในการตรวจวัดคุณภาพอากาศ

เครื่องมือที่ใช้เก็บตัวอย่างคุณภาพอากาศภายในอาคาร (IAQ)

1. เครื่องตรวจวิเคราะห์คุณภาพอากาศภายในอาคารแบบอ่านค่าโดยตรง (IAQ Monitoring) รุ่น AQ EXPERT หมายเลขเครื่อง IAQ 12307 ผู้ผลิต E-Instruments
2. เครื่องวิเคราะห์ฝุ่นในอาคาร (Particle Counter) รุ่น AEROCET 831 หมายเลขเครื่อง U11608 ผู้ผลิต MET ONE Instruments

เครื่องมือที่ใช้เก็บตัวอย่างตรวจวัดปริมาณเชื้อรา/แบคทีเรียในบรรยากาศ

1. Andersen 2-stage cascade impactor
2. อาหารเลี้ยงเชื้อ (Sampling media) 2 ชนิด ได้แก่
 - 2.1) ชนิด Plate count agar: PCA สำหรับเก็บตัวอย่างเชื้อแบคทีเรีย และ
 - 2.2) ชนิด Potato dextrose agar: PDA สำหรับเก็บตัวอย่างเชื้อรา และส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการและพิษวิทยา กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

การแปลผลการตรวจประเมินคุณภาพอากาศและการปนเปื้อนอากาศในห้องผ่าตัด

เนื่องจากปัจจุบันค่ามาตรฐานคุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดยังไม่มีค่าที่แนะนำเป็นสากล ซึ่ง

คุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดนั้นมีผลต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ดังนั้นเกณฑ์ที่ใช้อ้างอิงในครั้งนี้จะใช้เกณฑ์แนะนำต่างๆ ดังนี้

- 1.American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers⁽¹¹⁾
- 2.Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Ventilation of Health care facilities⁽¹²⁾
- 3.Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities⁽¹³⁾
- 4.เกณฑ์ของ SS554 ของ SPRING SINGAPORE (The Standards, Productivity and Innovation Board) Ministry of Trade and Industry, Singapore
- 5.มาตรฐานค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารตามร่างประกาศกรมอนามัย 2557⁽¹⁴⁾
- 6.ร่างมาตรฐานระบบปรับอากาศและระบายอากาศของวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์⁽¹⁵⁾
- 7.คำแนะนำของ Healthcare Infection Society⁽¹⁶⁾ เพื่อควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด และ
- 8.คำแนะนำระดับความสะอาดของอากาศในโรงพยาบาลตามคู่มือการออกแบบห้องสะอาดของวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย⁽¹⁷⁾

การเลือกใช้เกณฑ์แนะนำต่างๆ มุ่งหวังให้เกณฑ์เหล่านี้เป็นคำแนะนำขั้นต่ำที่สุดที่ควรดำเนินการในการควบคุมคุณภาพอากาศภายในห้องผ่าตัด เพื่อปกป้องสุขภาพผู้ปฏิบัติงานและป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดแก่ผู้รับบริการ

ผลการศึกษา

1. ผลการเดินสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นปัญหา

การเดินสำรวจเบื้องต้น ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลที่ 1 ตั้งอยู่ที่ชั้น 5 และ 6 ของอาคาร พบว่าบริเวณห้องเก็บของชั้นที่ 5 เป็นจุดที่มีน้ำรั่วซึมอยู่

บริเวณฝ้าเพดานและมีเชื้อราขึ้นอยู่ มีฝุ่นเกาะอยู่บริเวณจุดที่มีการนำอากาศออก (Return Air) ส่วนห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลที่ 2 ตั้งอยู่บริเวณชั้น 5 โดยห้องผ่าตัดที่ 1 ที่เคยมีน้ำรั่วไหลจากชั้นที่ 6 ได้รับการซ่อมแซมฝ้าเพดานเรียบร้อยแล้วจึงไม่พบจุดรั่วซึมของน้ำในวันที่ทำการสำรวจ

2. ผลการตรวจประเมินคุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล แยกเป็นด้านๆ ตามพารามิเตอร์ ดังนี้

พารามิเตอร์ทางด้านสภาวะสบายเชิงความร้อน (Thermal comfort parameters) ส่วนใหญ่ไม่เกินค่ามาตรฐาน ยกเว้นอุณหภูมิซึ่งมีค่ากำหนดมาตรฐานหลากหลาย หากเทียบกับอุณหภูมิที่แนะนำเพื่อควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัดตาม Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Ventilation of Health care facilities⁽¹²⁾ และ Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities⁽¹³⁾ พบว่ามี 1 จุดตรวจวัดของโรงพยาบาลที่ 1 ตรวจวัดอุณหภูมิได้ 18.4 ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่าค่าแนะนำที่ 20-23 องศาเซลเซียส หากเทียบกับร่างมาตรฐานระบบปรับอากาศและระบายอากาศของวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์⁽¹⁵⁾ พบว่ามี 2 จุดตรวจวัดของโรงพยาบาลที่ 2 ที่มีค่าต่ำกว่าค่าแนะนำที่ 17 องศาเซลเซียส ผลการตรวจวัดความชื้นสัมพัทธ์อากาศตาม Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Ventilation of Health care facilities⁽¹²⁾ และ Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities⁽¹³⁾ พบว่าทุกจุดตรวจวัดของทั้ง 2 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์แนะนำ

พารามิเตอร์ทางด้านเคมี (Chemical parameters) ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศภายในอาคารเทียบกับมาตรฐาน SS554 ของ SPRING SINGAPORE (The Standards, Productivity and Innovation Board) Ministry of Trade and Industry, Singapore ประเทศสิงคโปร์ และมาตรฐานค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารตามร่างประกาศกรมอนามัย 2557⁽¹⁴⁾ (ยังไม่มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย) พบว่า การตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ก๊าซโอโซนและปริมาณสารอินทรีย์ระเหยรวมภายในอาคารของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลทั้ง 2 โรงพยาบาลทุกจุดมีค่าผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐาน การตรวจวัดสารฟอร์มาลดีไฮด์ภายในอาคารของห้องผ่าตัดพบว่าโรงพยาบาลที่ 1 มี 3 จุดตรวจวัดที่มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ และโรงพยาบาลที่ 2 พบ 1 จุดตรวจวัดที่มีค่าสูงกว่าเกณฑ์

ฝุ่นละออง (Respirable suspended particles) การตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM10 และ PM 2.5 ยังไม่มีค่าแนะนำสำหรับห้องผ่าตัด เมื่อเทียบกับมาตรฐาน SS554 ของ SPRING SINGAPORE (The Standards, Productivity and Innovation Board) Ministry of Trade and Industry, Singapore ประเทศสิงคโปร์ พบว่าภายในอาคารของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลที่ 1 มี 4 จุดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM10

พารามิเตอร์ทางด้านจุลชีพ (Biological parameters) ผลการตรวจวัดแบคทีเรียรวมและเชื้อราภายในห้องผ่าตัดยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในระดับสากล แต่มีบางประเทศที่กำหนดเกณฑ์มาตรฐานเอง⁽¹⁸⁾ และค่าที่แนะนำของ Healthcare Infection Society⁽¹⁶⁾ แนะนำที่ 180 CFU/m³ ซึ่งกำหนดเพื่อควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด และ

คำแนะนำระดับความสะอาดของอากาศในโรงพยาบาลตามคู่มือการออกแบบห้องสะอาดของวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย⁽¹⁷⁾ ที่แนะนำสำหรับห้องผ่าตัดทั่วไปเป็นห้องสะอาดระดับ 2 ที่มีเชื้อโรคต่ำในระดับ 50–200 CFU/m³ หากเทียบกับผลที่ตรวจวัดได้ของทั้ง 2 โรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลที่ 1 พบว่าแบคทีเรียรวมมีค่าสูงกว่ามาตรฐานอยู่ 4 จุดและจุดที่มากที่สุดมีค่าสูงถึง 1418 CFU/m³ รายละเอียดผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศดังตารางที่

3.ผลการประเมินอาการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ข้อมูลทั่วไป โรงพยาบาลที่ 1 ผู้ให้สัมภาษณ์แบบสอบถามทั้งหมด 19 คน เป็นผู้ปฏิบัติงาน แผนกห้องผ่าตัดจำนวน 14 คน และแผนกวิสัญญี 5 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด 10 คน มีอายุเฉลี่ย 33.74 ปี มี 3 คนที่มีประวัติสูบบุหรี่ มี 10 คนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ภูมิแพ้ 7 คน ไชนัสอักเสบ 3 คน โรงพยาบาลที่ 2 มีผู้ขึ้นปฏิบัติงานในวันนั้นจำนวน 27 คน ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 20 คน โดยจำแนกเป็นผู้ปฏิบัติงานแผนกห้องผ่าตัดจำนวน 15 คนและแผนกวิสัญญี 5 คน พบว่า

ตารางที่ 1 ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศแยกตามโรงพยาบาล

จุดตรวจวัด	ผลการตรวจวัดและวิเคราะห์										
	Carbon dioxide (ppm)	Carbon monoxide (ppm)	Comfort Temp. (°C)	Relative Humidity (%RH)	Formaldehyde (ppm)	Ozone (ppm)	VOCs (ppm)	PM10 (µg/m ³)	PM2.5 (µg/m ³)	Total Bacteria (CFU/m ³)	Total Mold (CFU/m ³)
โรงพยาบาลที่ 1											
1.ห้องผ่าตัดที่ 3	403	0.30	20.3	31.6	0.00	0.01	0.00	5.8	0.8	115	8
2.ห้องผ่าตัดที่ 5	355	1.45	18.4*	45.5	0.00	0.00	0.00	21.8	1.8	120	No Growth
3.ห้องผ่าตัดที่ 6	443	1.50	20.6	40.1	0.06	0.00	0.50	19.8	2.8	98	5
4.ห้องผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก	572	1.20	21.0	35.0	0.00	0.00	0.00	99.9*	18.8	385*	15
5.ห้องผ่าตัดที่ 11	460	2.25	23.0	44.5	0.19*	0.00	0.00	78.7*	16.5	1418*	78
6.ห้องผ่าตัด 12	711	3.05	21.9	41.7	0.58*	0.00	0.00	119.9*	15.5	453*	115
7.ห้องโถงกลางห้องผ่าตัด	489	2.30	21.8	48.3	0.23*	0.00	0.00	58.6*	11.3	1078*	123
8.ห้อง Bronchoscope	280	1.10	21.7	49.7	0.00	0.00	0.00	23.0	12.0	85	180
ผลตรวจภายนอกอาคาร	183	0.80	32.0	44.6	0.00	0.00	108.5	92.0	28.9	32.0	425
โรงพยาบาลที่ 2											
1.ห้องผ่าตัดหมายเลข 1	379	0.00	20.7	47.8	0.00	0.030	0.00	1.9	0.5	35	15
2.ห้องผ่าตัดหมายเลข 2	404	0.00	17.3*	55.3	0.00	0.00	0.00	1.8	0.4	15	5
3.ห้องผ่าตัดหมายเลข 3	452	0.00	16.8*	49.7	0.00	0.021	0.00	3.0	1.0	10	30
4.ห้องผ่าตัดหมายเลข 4	545	0.00	16.4*	51.7	0.00	0.001	0.00	4.4	1.1	40	15
5.ห้องผ่าตัดหมายเลข 5	416	0.00	17.0*	50.0	0.00	0.010	0.00	1.0	0.2	5	5
6.ห้องผ่าตัดหมายเลข 6	756	0.4	17.5*	50.3	0.238*	0.017	0.00	26.9	4.0	65	25
7.ห้องผ่าตัดหมายเลข 7	404	0.00	18.3*	49.9	0.00	0.017	0.00	1.8	0.5	5	15
8.ห้องผ่าตัดหมายเลข 8	399	0.00	20.0	45.2	0.00	0.027	0.00	4.3	1.2	15	45
9.ห้องเก็บเครื่องมือปราศจากเชื้อ	443	0.00	19.1*	65.0	0.00	0.005	0.00	6.0	3.6	50	70
ผลตรวจภายนอกอาคาร	306	0.00	31.8	52.7	0.00	0.00	0.017	67.0	17.3	310	155

เป็นเพศหญิงมากที่สุด 19 คน มีอายุเฉลี่ย 46.70 ปี มีประวัติโรคประจำตัว 11 คน โดยมีโรคภูมิแพ้ 10 คน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ลักษณะอาการทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ 1 พบว่า มีอาการทางจุกและตามากที่สุด โดยมีอาการระคายเคืองตาเท่ากับ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานแยกตามโรงพยาบาล

ข้อมูล	โรงพยาบาลที่ 1 N = 19 คน		โรงพยาบาลที่ 2 N = 20 คน	
เพศ (คน)				
- เพศชาย	9		1	
- เพศหญิง	10		19	
ระดับการศึกษา (คน)				
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	8		6	
- ปริญญาตรี	9		14	
- สูงกว่าปริญญาตรี	2		-	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
การทำงานล่วงเวลา (คน)	18	1	19	1
การสูบบุหรี่ (คน)	3	16	0	20
ประวัติโรคประจำตัว (คน)	10	9	11	9
ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน (คน)	18	1	20	0
งานที่ทำอยู่ทำให้รู้สึกเครียด (คน)	7	12	12	8

ตารางที่ 3 ผลการประเมินอาการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแยกตามโรงพยาบาล

อาการ	โรงพยาบาลที่ 1 (คน)	โรงพยาบาลที่ 2 (คน)	อาการ	โรงพยาบาลที่ 1 (คน)	โรงพยาบาลที่ 2 (คน)
อาการทางตา			อาการทางจุก		
ระคายเคืองตา	4	-	แสบจุก	4	4
ตาแห้ง	3	-	ระคายเคืองจุก	2	3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินอาการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแยกตามโรงพยาบาล

อาการ	โรงพยาบาลที่ 1 (คน)	โรงพยาบาลที่ 2 (คน)	อาการ	โรงพยาบาลที่ 1 (คน)	โรงพยาบาลที่ 2 (คน)
คันตา	2	2	น้ำมูกไหล	1	1
แสบตา	1	1	คัดจมูก	4	2
ระบบทางเดินหายใจ			ระบบประสาท		
ไอแห้ง	–	1	อ่อนล้า/ อ่อนเพลีย	3	–
รู้สึกหายใจ อึดอัด	–	1	เวียนศีรษะ	1	1
แน่นหน้าอก	–	1	ปวดศีรษะ	–	–
แสบคอ	1	1	ง่วงเหงาหาวนอน	1	–
ระคายคอ	1	–	ขาดสมาธิในการ ทำงาน	1	–
เจ็บคอ	1	–	ผิวหนังคัน/มีผื่น	1	2

อภิปรายผล

จากผลการเดินสำรวจและการตรวจประเมินคุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลที่ 1 พบว่าค่า PM10 และแบคทีเรียรวมสูงกว่าที่แนะนำ และผลการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่ 1 รายงานอาการระคายเคืองทั้งทางจมูกและตา สอดคล้องกับผลการประเมินและการพบเห็นหลักฐานการมีเชื้อราหรือความชื้นในอาคาร จากผลการสอบถามอาการยังไม่พบว่ามีผู้ปฏิบัติงานรายใดที่มีอาการของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่เป็นอาการระคายเคือง ดังนั้นในผู้ปฏิบัติงานกลุ่มนี้ยังไม่มีอาการที่สงสัยการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาคาร (Building-related illness) อาการที่พบทำให้สงสัยการเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารได้ แต่เนื่องจากกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารนั้นอาจพบได้แม้การตรวจประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคารปกติ

และไม่มีการพบแหล่งปนเปื้อนคุณภาพอากาศ⁽¹⁹⁾ และจากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารกับคุณภาพอากาศภายในโรงพยาบาลกลาง⁽²⁰⁾ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารคิดเป็น ร้อยละ 24.62 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารกับคุณภาพอากาศภายในโรงพยาบาล ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาเรื่องอัตราชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในอาคารโรงพยาบาลที่มีการระบายอากาศไม่เพียงพอ⁽⁸⁾ พบว่าอัตราความชุกของกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารอยู่ในช่วงร้อยละ 25–26 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารกับสภาพการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ การดูแลสุขภาพผู้ปฏิบัติงานกลุ่มนี้จึงต้องมีการเฝ้าระวังอาการต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานที่มีโรคประจำตัวเป็น

ภูมิแพ้ที่อาจมีอาการมากกว่าตามผลการศึกษา⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การมีประวัติภูมิแพ้มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และเนื่องจากการสำรวจครั้งนี้เป็นสำรวจแบบภาคตัดขวาง การดำเนินการสำรวจเกิดขึ้นหลังการเกิดเหตุการณ์ไม่นานนัก ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มที่เกิดจากสาเหตุความชื้นหรือเชื้อราในอาคารนั้นอาจเกิดตามมาได้ภายหลัง จึงควรทำการเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้การรับรู้ความชื้นในอาคารเป็นตัวบ่งชี้การปนเปื้อนคุณภาพอากาศ เพื่อให้เกิดการปกป้องสุขภาพแก่ผู้ใช้อาคาร⁽²⁾ เนื่องจากความชื้นในอาคารทำให้เกิดการปนเปื้อนคุณภาพอากาศจากปัจจัยด้านจุลชีพได้ โดยความชื้นในอาคารไม่มีการวัดที่แน่นอนเป็นเรื่องของการรับรู้ เช่น การเห็นน้ำรั่วซึม การพบเห็นเชื้อรา การเปลี่ยนสีของฝาผนัง เป็นต้น⁽²⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจำแนกตามฤดูกาลต่ออัตราการป่วยด้วยกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารของผู้ปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง⁽²¹⁾ ที่รายงานว่าการพบเห็นเชื้อราที่ผนังห้อง พื้นห้องและอุปกรณ์สำนักงานมีความสัมพันธ์กับความชุกของกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร ซึ่งจากการเดินสำรวจโรงพยาบาลที่ 1 พบจุดที่มีน้ำรั่วซึมอยู่บริเวณฝ้าเพดานและมีเชื้อรา แต่ผลการตรวจประเมินเชื้อรารวมไม่พบผลตรวจวัดที่เกินค่าแนะนำ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลที่ 1 ต้องมีการจัดการแก้ไขต้นเหตุที่ก่อให้เกิดการรั่วซึมของน้ำและซ่อมแซมฝ้าเพดาน เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้น

สำหรับผลตรวจวัดสารฟอर्मัลดีไฮด์ที่มีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานนั้น ต้องดำเนินการสำรวจแหล่งที่มีการใช้สารฟอर्मัลดีไฮด์ รวมถึงปริมาณและ

วิธีการใช้ เพื่อทำการป้องกันการปนเปื้อนของสารในอาคาร โดยการศึกษาคุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลของประเทศไทย⁽²²⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฟอर्मัลดีไฮด์ในห้องผ่าตัดเท่ากับ 0.23 ppm โดยค่าที่วัดได้อยู่ระหว่าง non-detectable และ 0.83 ppm ซึ่งการพบฟอर्मัลดีไฮด์นี้เกิดจากการใช้สารในการฆ่าเชื้อในห้องผ่าตัด แต่ในปัจจุบันประเทศไทยไม่มีการใช้ฟอर्मัลดีไฮด์ในการฆ่าเชื้อห้องผ่าตัดแล้ว การตรวจพบฟอर्मัลดีไฮด์ในการศึกษานี้อาจมีสาเหตุมาจากการใช้ฟอर्मัลดีไฮด์ในการทำงาน ซึ่งต้องมีการวิเคราะห์งานและหาสาเหตุที่ทำให้ตรวจพบสารดังกล่าวเพิ่มเติม นอกจากนี้ความชื้นในอาคารสามารถทำให้ผลการตรวจวัดฟอर्मัลดีไฮด์มีค่าสูงขึ้นได้เนื่องจากความชื้นในอากาศสามารถจับกับสารฟอर्मัลดีไฮด์ได้ดี⁽²⁾ และการตรวจวัดสารฟอर्मัลดีไฮด์ครั้งนี้ใช้หลัก real-time electrochemical sensor ที่อาจมีสารรบกวนการตรวจวัด (Interfering gas) ที่มีลักษณะขนาดโมเลกุลและสามารถปฏิกิริยาเคมีเช่นเดียวกันทำให้เกิดผลบวกหลงได้ ดังนั้นจึงควรยืนยันผลการตรวจโดยการเก็บตัวอย่างต่อเนื่องตามวิธีมาตรฐานสากลต่อไป และควรค้นหาสาเหตุอื่นที่เป็นแหล่งก่อให้เกิดการปนเปื้อนดังกล่าวและดำเนินการกำจัดแหล่งก่อการปนเปื้อนนั้น ซึ่งโรงพยาบาลที่ 1 ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาแล้ว และทำการตรวจประเมินซ้ำในเดือนตุลาคม และพบว่าสารฟอर्मัลดีไฮด์มีค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด

การสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงผู้ปฏิบัติงานเพื่อค้นหาผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีอาการผิดปกติทางจมูกและตา มากที่สุดในทั้ง 2 โรงพยาบาล แต่เนื่องจากกลุ่มนี้มีประวัติโรคประจำตัวเป็นภูมิแพ้เป็นส่วนใหญ่ซึ่งจะมีอาการคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคาร จึงไม่สามารถวิเคราะห์แยกสาเหตุได้ชัดเจน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่มีผลการตรวจประเมินอัตราการระบายอากาศภายในอาคาร และในปัจจุบันยังไม่มีค่ามาตรฐานในห้องผ่าตัดที่แนะนำเป็นสากล ค่าที่ใช้อ้างอิงในการศึกษานี้เป็นคำแนะนำในการออกแบบระบบปรับและระบายอากาศในห้องผ่าตัดเพื่อการควบคุมการติดเชื้อทั้งจาก ASRAE และองค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดในบางพารามิเตอร์เท่านั้น เช่น อัตราการแลกเปลี่ยนอากาศ อุณหภูมิความชื้นในอากาศ และกำหนดเพื่อประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อของห้องผ่าตัด ส่วนค่ามาตรฐานคุณภาพอากาศในการเผื่อรังสีสุขภาพผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนั้นแต่ยังไม่มีการกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งปริมาณแบคทีเรียและเชื้อรารวมในอากาศ ดังนั้นการอ้างอิงในการบริหารจัดการความเสี่ยงการปนเปื้อนคุณภาพอากาศภายในห้องผ่าตัด ควรคำนึงถึงคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดเป็นค่าขั้นต่ำในการจัดระบบปรับและระบายอากาศเพื่อการดูแลสุขภาพผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่รายงานว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดมีผลต่อการติดเชื้อหลังการผ่าตัด เช่น การศึกษาของ Spagnolo AM และคณะ⁽²⁴⁾ ที่สรุปว่าอัตราการเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดเกี่ยวข้องกับคุณภาพของบริเวณเตียงผ่าตัด การปนเปื้อนจุลชีพต่างๆต้องได้รับการควบคุมที่ดี และในระยะหลังจึงเริ่มมีการศึกษาที่จะตรวจวัดอนุภาคในอากาศเพื่อเป็นตัวแทนของปริมาณแบคทีเรียและเชื้อรารวมในอากาศที่จะส่งผลต่อการติดเชื้อหลังการผ่าตัด แต่ผลการศึกษา ก็ยังไม่สามารถใช้พารามิเตอร์นี้แทนได้ดังการศึกษาของ Cristina ML และคณะ⁽²⁵⁾ และของ Landrin A และคณะ⁽²⁶⁾ ปัจจุบันจึงเริ่มมีการเปรียบเทียบความสะอาดของอากาศในห้องผ่าตัดกับมาตรฐาน ISO Clean room⁽²⁷⁾ ห้องผ่าตัดทั่วไปกำหนดที่ ISO class 8 หรือ 7 โดยเป็นการวัดอนุภาค

ที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศและกำหนดเกณฑ์ความสะอาดแต่ละระดับ แต่การใช้มาตรฐาน ISO clean room นั้นก็ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานพารามิเตอร์อื่นที่จำเป็นต้องเผื่อรังสีสำหรับห้องผ่าตัด จะเห็นได้ว่าเกณฑ์มาตรฐานในการเผื่อรังสีคุณภาพอากาศในห้องผ่าตัดยังไม่มีใช้เป็นสากล ในการศึกษาบางค่าพารามิเตอร์ที่ตรวจวัดจึงนำไปเทียบกับค่ามาตรฐานของ SS554: 2009 (สิงคโปร์) ซึ่งเป็นค่าที่กำหนดคุณภาพอากาศภายในอาคารทั่วไปเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

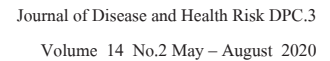
การปนเปื้อนคุณภาพอากาศเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลที่มีผลการตรวจวัดสูงกว่าคำแนะนำควรดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการเดินสำรวจสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพิ่มเติม การวิเคราะห์งานเพื่อประเมินสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนคุณภาพอากาศ โดยเฉพาะงานที่มีการใช้สารฟอร์มัลดีไฮด์ การตรวจวัดอัตราการระบายอากาศ และทำการปรับปรุงซ่อมแซมฝ้าเพดานที่มีรอยรั่วซึมของน้ำ หลังการประเมินและแก้ไขปัญหาแล้วควรทำการตรวจประเมินคุณภาพอากาศซ้ำ และจัดให้มีการตรวจประเมินคุณภาพอากาศและการเผื่อรังสีภาวะสุขภาพผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำอย่างน้อยทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งที่อนุเคราะห์ข้อมูลและสถานที่ในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Household air pollution and health [Internet]. [Cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>
2. WHO Regional Office for Europe. WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould [Internet]. [Cited 2019 Sep 1]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf
3. Colome S, McCunney RJ, Samet JM, Swankin D. Indoor air pollution: An Introduction for health professionals. [Internet]. [Cited 2019 Sep 1]. Available from: https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-01/documents/indoor_air_pollution.pdf
4. Lee-Kuo L, Yan-Sin C, Yao-Chien T. Analysis of hospital interior air quality audits. [Internet]. [Cited 2020 May 1]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/318903428_Analysis_of_hospital_interior_air_quality_audits
4. Nastase I, Croitorua C, Vartiresa A, Tataranu L. Indoor environmental quality in Operating Rooms: An European standards review with Regard to Romanian Guidelines. *Energy Procedia*. 2016;85: 375–82.
5. ปานทิพย์ อินชัย, มนทรา เตี้ยเล็กจิรา คงปราน. คุณภาพอากาศภายในอาคารโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *Journal of Health Science* Vol. 28 No. 2, March – April 2019
6. ณัฐพงศ์ แผละหมั่น. อัตราชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการป่วยเหตุอาคารของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในอาคารโรงพยาบาลที่มีการระบายอากาศไม่เพียงพอ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2548
7. Dong HC, Seock HC, Dong HK. Influence of Surgical Smoke on Indoor Air Quality in Hospital Operating Rooms Aerosol and Air Quality Research, 17: 821–830, 2017
8. Singapore standard council. Code of practice for indoor air quality for air-conditioned buildings [Internet]. [Cited 2019 Sep 1]. Available from: https://www.singaporestandardseshop.sg/Product/GetPdf?fileName=180331105407SS%205542016_Preview%28vA1382715%29.pdf&pdtid=8ee-48ab1-38f5-4dae-a469-b8612a05876f
9. National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Method: 0800 Bioaerosol sampling (Indoor air) [Internet]. [Cited 2019 Sep 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2003-154/pdfs/0800.pdf>
10. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers. ASHRAE Table 7-1 Design Parameters [Internet]. [Cited 2019 Sep 1]. Available from: https://www.health.ny.gov/facilities/cons/docs/ashrae_table_7-1.pdf
11. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Ventilation of Health care facilities. 2003 Updated: July 2019 [Internet]. [Cited 2019 Sep 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf>
12. World Health Organization. Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities [Internet]. [Cited 2019 Sep 1]. Available from: http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf
13. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (ร่าง) ประกาศกรมอนามัย เรื่อง เกณฑ์ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคาร. ใน: คู่มือการปฏิบัติงานเพื่อตรวจประเมินคุณภาพ



การบูรณาการภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์

Integration Operations to Adolescent Pregnancy Prevention and Solution Project in Nakhon Sawan province

นางสุมาลี กลิ่นแมน วท.ม. (อนามัยครอบครัว) Sumalee Klinman M.Sc.(Family Health)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ Nakhonsawan Province Public Health Office
นางสาวพรชนก สีหะวงษ์ พย.บ.(พยาบาลศาสตรบัณฑิต) Pornchanok Sehawong B.N.S
(Bachelor of Nursing Science Program)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ Office of Disease Prevention and Control 3

Received: April 17, 2020

Revised: June 5, 2020

Accepted: August 10, 2020

บทคัดย่อ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์ใช้วิธีวิจัยชนิด การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ร่วมกับวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ ปี 2558 – 2562 ในพื้นที่เป้าหมาย 4 อำเภอ คือ อำเภอเมือง ตาคลี หนองบัว และ แม่่วงกั ยึดกรอบแนวคิดตามภารกิจ 9 ด้าน คือ 1) พัฒนากลไกประสานการทำงาน 2) การสนับสนุนให้พ่อแม่มีทักษะคุยกับลูก 3) สนับสนุนให้โรงเรียนมีสอนทักษะชีวิตและเพศวิถีศึกษารอบด้าน 4) ออกแบบการทำงานเพื่อเจาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง 5) รณรงค์สื่อสารการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และรณรงค์คุมกำเนิด 6) จัดให้มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น 7) จัดระบบบริการเชื่อมโยงทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และด้านสังคม 8) อปท.พัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเยาวชน 9) การพัฒนาระบบข้อมูล/จัดทำฐานข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1. ผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาล คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล 2. ผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ นักวิชาการสาธารณสุข 3. ผู้ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาล 4. ผู้แทนโรงเรียนในพื้นที่ คือ ครูโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในสังกัดสำนักงานพื้นที่การศึกษาระดับมัธยม และครูจากการศึกษานอกโรงเรียน 5. อาสาสมัครสาธารณสุข 6. ผู้นำชุมชน 7. แกนนำเยาวชน 8. ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอยู่ในช่วงวัยรุ่น เก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ภาควิชาเครือข่ายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา อสม. ผู้นำชุมชน และสภาเด็ก ร่วมดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีกิจกรรมหลักคือการบูรณาการดำเนินงานจากภาควิชาเครือข่ายใน การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ผลลัพธ์ของการพัฒนาพบว่า ภาควิชาเครือข่ายร่วมดำเนินงานสอดคล้องตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2559 ส่งผลให้เกิดประกาศนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การผลักดันนโยบาย 2) กระบวนการประสานงาน 3) การเข้าถึงระบบบริการของวัยรุ่น และ 4) การปรับกระบวนการความคิด (mindset) เรื่องเพศวิถีศึกษา ของเด็กนักเรียน ผู้ปกครอง ครู และคณะทำงาน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการเฝ้าระวังหรือจัดกิจกรรมในกลุ่มระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-6), คณะทำงานที่เป็นเด็กวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมทุกกระบวนการ ควรมีการศึกษาวิจัยตามสถานการณ์ที่แปรเปลี่ยนไป หรือโครงการที่เข้าถึงครอบครัว ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มของเด็กนักเรียน และส่งเสริมการกลับไปเรียนในระบบการศึกษา/โรงเรียนเดิม

Abstract

Teenage pregnancy was a major health problem in Thailand. This research was an Integration Operations to Adolescent Pregnancy prevention and solving Project in Nakhonsawan province. It was mixed-method research as a concurrent parallel design that comprised of qualitative research and descriptive research. This project was introduced during 2015 – 2019. The study setting was the district included 4 districts as Muang, Thakli, Nongboa, and Maewong (8 sub districts) to employ 9 missions: 1) Leadership and accountability development for strengthening the stakeholder. 2) Health care providers had been promoted parents' skills as talking to their teens about relationship. 3) Setting a mechanism to promote schools' manners about teaching their students about life's skills and comprehensive sexuality education. 4) Determined the risky group among teens by teen risk screening. 5) Communication campaigns about improving teen consideration on sex, delayed first sexual relationship, and effective contraceptive use in teens. 6) Promote youth-friendly health services that were comprehensive. 7) The comprehensive services were integrated health, education and social. 8) Local governments promote a creative area and subsidize resources for teens to act in creative activities in their communities. 9) Develop the database for monitoring and evaluation of the project and knowledge management. Samples were health care personnel, health officer at district health center, health personnel at subdistrict health center, teacher, community leader, youth, and parents who had teenage cousins. Data collection was employed the focused group discussion and extraction

from health data center then analyzed by content analysis.

Results showed: the network were health personnel, local government, school, village health volunteer, community leader, and youth council. They cooperated their routine works for prevention and solving teenage pregnancy. After 3 years working, there was a good change of Adolescent Pregnancy. Networks pooled efforts to solve and prevent Adolescent Pregnancy. Lastly, the governor launched the provincial policy to attack the Adolescent Pregnancy. Key success factors were launching the policy, cooperation of network, access to teenage services and changed mindset about sex education for teenagers among parent, guardian, teacher and network. Proposed policy were: 1) Adolescent Pregnancy surveillance and activities should focus in upper elementary school (P. 4 – 6) 2) promote teens' participation in all activities of Adolescent Pregnancy prevention and control 3) working should be based on evidence based practices as action research and 4) program should involve teens' family and include all range of age among students

คำสำคัญ

การบูรณาการ
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Keywords:

Integration
Adolescent Pregnancy

บทนำ

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า อัตราการตายต่ำกว่า 20 ปีตลอดบุตรทั่วโลก เท่ากับ 65 ต่อการคลอด 1,000 ราย สำหรับภูมิภาคเอเชียเท่ากับ 56 ต่อการคลอด 1,000 ราย และของไทยเท่ากับ 70 ต่อการคลอด 1,000 ราย จากข้อมูลการจดทะเบียนการเกิดของสำนักบริหารงานทะเบียนกรมการปกครอง ปี 2554 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ สมุทรสงคราม กำแพงเพชร ตาก อุทัยธานี และกาญจนบุรี โดยจังหวัดนครสวรรค์ เป็นลำดับที่ 7 ⁽¹⁾ สถานการณ์หญิงคลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างปี 2548-2556 ⁽²⁾

พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี 2554 (ร้อยละ 22.6 หรือ 60.8/1,000 วัยรุ่นหญิง 15-19 ปี) และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในปี 2555 (ร้อยละ 22.1 หรือ 52.6/1,000 วัยรุ่นหญิง 15-19 ปี) และในปี 2556 พบอัตรามากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อำเภอแม่วงก์ 75.5 อำเภอไพศาลี 66.9 และอำเภอพยุหะคีรี 68.9: พัน หญิงอายุ 15-19 ปี ตามลำดับ ผลกระทบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ปี 2556 พบว่า แม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมทั้งการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ล่าช้า (เป้าหมายฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 ผลงานร้อยละ 40) ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (เป้าหมายฝากครบตามเกณฑ์

ร้อยละ 60 ผลงาน ร้อยละ 36.5) พบมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด อาจส่งผลให้บุตรที่คลอดได้รับผลกระทบมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 9.6) และมีภาวะขาดออกซิเจน (30.2:1,000 LB) สำหรับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ว่า จะเป็นการตั้งครรภ์ ที่พึงปรารถนาหรือไม่พึงปรารถนา ก็ตาม จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดได้⁽³⁾ การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อทุกมิติของชีวิตวัยรุ่นและครอบครัวและยังส่งผลกระทบข้ามรุ่นสู่ลูก มีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุข⁽⁴⁾ ข้อมูลด้านการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า จังหวัดนครสวรรค์ มีริสอร์ท จำนวน 45 แห่ง หอพัก/บ้านเช่า จำนวน 367 แห่ง วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน/คนรักของนักเรียนชั้น ม.2 ม.5 และอาชีวศึกษาทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปีงบประมาณ 2551–2554 นักเรียนหญิง ชั้น ม.5 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เท่ากับ ร้อยละ 15.1, 18.9, 23.4 และ 27.6 นักเรียนชายชั้น ม.5 ร้อยละ 20.4, 21.6, 27.6 และ 30.0 การใช้ยางอนามัยครั้งสุดท้ายกับคู่นอนที่รู้จักกันผิวเผินของนักเรียนชายชั้น ม.2 กับปวช.2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนชั้น ม.5 ทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มลดลง⁽⁵⁾

พร้อมกันนี้ ประเทศไทยได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพ.ศ.2559 โดยกำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลักดันกลไกการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ระดับชาติ พ.ศ.2560 – 2569⁽⁶⁾ ใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา และได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยดำเนินงานรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้านเพื่อให้เยาวชนตระหนักถึงปัญหาและรู้ถึงแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมและผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในโรงเรียน โดยพัฒนา/เพิ่มทักษะให้ กับครูผู้สอน ยุทธศาสตร์ที่ 2 การดูแลสุขภาพหลังวัยรุ่นตั้งครรภ์ดำเนินงาน โดยจัดบริการที่เป็นมิตรกับเยาวชนด้านสุขภาวะทางเพศและมีมาตรการการช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบูรณาการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้ง 3 โดยมีการแตกเป็นภารกิจ 9 ด้าน เพื่อดำเนินการให้ยุทธศาสตร์ทั้ง 3 บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ประกอบไปด้วย

ภารกิจที่ 1 พัฒนากลไกประสานการทำงาน และกระตุ้นให้มีการทำหน้าที่ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาท้องวัยรุ่น

ภารกิจที่ 2 สนับสนุนให้พ่อแม่มีทักษะคุย กับลูกอย่างเปิดใจเรื่องความรักความสัมพันธ์ และ เพศสัมพันธ์

ภารกิจที่ 3 สนับสนุนให้ทุกโรงเรียนมีการเรียนการสอน การพัฒนาทักษะชีวิตและเพศวิถีศึกษา รอบด้าน

ภารกิจที่ 4 วิเคราะห์และออกแบบการทำงาน เพื่อเจาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มว่าจะมี เพศสัมพันธ์และเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์

ภารกิจที่ 5 รมรณรงค์สื่อสารให้วัยรุ่นตระหนักถึงความรับผิดชอบ เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร่วมไปถึงการรณรงค์ให้วัยรุ่นใช้การคุมกำเนิด

ภารกิจที่ 6 บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทุกด้าน, เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม

ภารกิจที่ 7 บริการที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และด้านสังคม ในการช่วยเหลือวัยรุ่น ภารกิจที่ 8 พัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเยาวชนและสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม

ภารกิจที่ 9 พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินความก้าวหน้าการจัดการความรู้

จังหวัดนครสวรรค์ ดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองฯ หนองบัว ตาคลี และ แม่वंก ตามแนวคิด 9 ภารกิจและ พรบ.ฯ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษากระบวนการบูรณาการงานของคณะทำงานขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ในการประสานงาน ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร ภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัดนครสวรรค์ ภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนี้ขึ้น เพื่อทราบผลลัพธ์การดำเนินการกลไกการดำเนินงาน และปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนโครงการที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการขับเคลื่อนนโยบาย และโครงการ อันส่งผลต่อผลลัพธ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามเจตนารมณ์ของยุทธศาสตร์ฯ และพระราชบัญญัติการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการบูรณาการงานของคณะทำงานขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์และประสานให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การสร้างทักษะชีวิตและการสื่อสารเพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกด้วยการปรับเจตคติและสร้างความตระหนักของวัยรุ่น

3. เพื่อสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย โดยผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ร่วมกับวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ไปพร้อม ๆ กัน (Convergent Parallel Design) โดยกระบวนการถอดบทเรียนเป็นระยะ และนำบทเรียนที่ได้รับมาเขียนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รายละเอียดการศึกษามีดังนี้

1. การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อสรุปผลการดำเนินงานของโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 74,735 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในพื้นที่นำร่องของจังหวัดนครสวรรค์ 4 อำเภอ (เมืองนครสวรรค์ ตาคลี หนองบัวและ แม่वंก) จำนวน 29,814 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกผลงาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการรวบรวม และสรุปข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผลการปฏิบัติงาน

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างตุลาคม 2559 – มีนาคม 2561

1.3 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 1. ผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาล คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล 2. ผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ นักวิชาการสาธารณสุข 3. ผู้ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาล 4. ผู้แทนโรงเรียนในพื้นที่ คือ ครูโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในสังกัดสำนักงานพื้นที่การศึกษาระดับมัธยม และครูจากการศึกษานอกโรงเรียน 5. อาสาสมัครสาธารณสุข 6. ผู้นำชุมชน 7. แกนนำเยาวชน 8. ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอยู่ในช่วงวัยรุ่น และผู้ปกครองที่มีบุตรหลานตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในพื้นที่

2.2 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ผู้วิจัยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกต เครื่องอัดเสียง และแบบบันทึกการสรุปเนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของวิธีวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธีการดังนี้

- บันทึกการพรรณนาอย่างละเอียด ให้เห็นภาพของข้อมูลทุกแง่มุม เพื่อได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ และสามารถเชื่อมโยงกับประเด็นต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

- ให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสเข้าไปสัมผัสข้อมูลปรากฏการณ์ที่ศึกษาในสนามวิจัยโดยตรง

- ให้กลุ่มตัวอย่างได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ครบถ้วนจนกว่าข้อมูลจะนิ่ง

- ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ประกอบด้วย การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล (Data triangulation) ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) และด้านทฤษฎี (Theoretical triangulation)

2. ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยวิธีการดังนี้

- เก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบเนื้อหาซ้ำ

- การประเมินอคติของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสรุปเนื้อหา (Content analysis) มีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมข้อมูล (Collecting data) จากการถอดเทปที่ได้จากการสนทนากลุ่มอย่างละเอียด โดยเน้นสาระสำคัญ

2. การเตรียมข้อมูล (Managing data) และจัดบันทึกข้อมูล (Note taking) ที่ได้จากการรวบรวมในแฟ้ม และนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorizing data)

4. เสนอข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และการนำเสนอ (Display data for analysis and presentation) โดยเชื่อมโยงเนื้อหาความ สรุป และสังเคราะห์เนื้อหาหลัก

พื้นที่การศึกษา

การเลือกพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการเลือกพื้นที่เป้าหมาย คัดเลือกจากอำเภอที่ประสบกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่สูง คัดเลือกได้ 4 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล อีกทั้งเป็นพื้นที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวม 8 ตำบล คือ

1. ตำบลหนองกรด และตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์
2. ตำบลตากคลี และตำบลจันเสน อำเภอตากคลี
3. ตำบลหนองบัว และตำบลหนองกลับ อำเภอหนองบัว
4. ตำบลแม่วงก์ และตำบลเขาชนกัน อำเภอแม่วงก์

ขั้นตอนในการศึกษา

1. ผู้ศึกษาวิจัยทำรวบรวมผลการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งขอสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ระหว่างปี 2559 – 2562 (การบริหารจัดการโครงการและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ ประเมินผลและติดตามด้วยทีมประเมินภายใน กระบวนการสรุปบทเรียน 4 อำเภอ นำร่อง กระบวนการสรุปบทเรียนภาคีเครือข่ายการทำงาน มาตรการในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกาศนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการประเมินผลลัพธ์โครงการด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ)

2. ในการถอดบทเรียนดำเนินการเป็นระยะปีละ 1 ครั้ง โดยในครั้งสุดท้าย ปีที่ 3 ดำเนินการในวันที่ 10 เมษายน 2562 โดยผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ เชิญภาคี หรือ ผู้ปฏิบัติ

งานที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ นำร่องที่มาถอดบทเรียนและอำเภอที่จะขยายการดำเนินงานต่อไป มาร่วมกัน ถอดบทเรียน

3. ผู้ศึกษาวิจัยประสานกระบวนการในการจัดกระบวนการถอดบทเรียน รวมถึงการตั้งคำถาม

4. ผู้ศึกษาวิจัยดำเนินการจัดกระบวนการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ในช่วงเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2558 – 2561)

5. นำผลการดำเนินงานทั้งหมด และการถอดบทเรียน คืนข้อมูล ให้แก่พื้นที่ และนำมาทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ เสนอต่อผู้บริหารต่อไป

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยังคำนึงถึงจริยธรรมของการวิจัยตลอดทุกขั้นตอนของการศึกษา กล่าวคือ การรวบรวมเอกสารโครงการ โดยผู้วิจัยต้องขออนุญาตจากเจ้าของเอกสาร และได้รับอนุญาตก่อนจะนำมาสรุปและถอดประเด็นเนื้อหา ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความระมัดระวังในการนำเสนอ รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และในการนำข้อมูลมาใช้สรุปข้อมูลเป็นภาพรวม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษา ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง “ละเอียดลึกซึ้ง” ด้วยความระมัดระวังในการตีความที่ห่างจากความเป็นจริงเกินไปและให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลภายหลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยจะเผยแพร่ข้อมูลเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือเท่านั้น ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา อสม ผู้นำชุมชน และสภาเด็ก โดยมีแกนนำในการดำเนินการดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนภาคีเครือข่ายการบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของตำบล

ภาคีเครือข่าย	จำนวน (คน)
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข	59
ผู้แทนหน่วยราชการอื่น ๆ	34
ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	17
ครู	51
อสม	11
ผู้นำชุมชน	5
ผู้แทนสภาเด็ก	6
ผู้แทนชมรม/สมาคม	13
รวม	196

2. แนวทางการบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์

กระบวนการบูรณาการกลุ่มภาคีเครือข่ายฯ เพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสุนทรียสนทนา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้สึกเชิงบวก และแท้จริง เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขและ ปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน ในแต่ละพื้นที่ และวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และนำมาเป็นข้อสรุปของพื้นที่ ซึ่งมีผลการถอดบทเรียนในภาพรวมตามองค์ประกอบของการบูรณาการสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แนวทางการบูรณาการภาคีเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์
จำแนกตามองค์ประกอบของการบูรณาการ

องค์ประกอบของการบูรณาการ	รายละเอียดแนวทางการบูรณาการ
ด้านการบริหารจัดการโครงการและ ภาคส่วน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	1) การขับเคลื่อนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นด้วย การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับครู ซึ่ง กลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่ทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ จึงทำให้งานการแก้ปัญหาดูเห็น หน้าที่ได้

องค์ประกอบของการบูรณาการ	รายละเอียดแนวทางการบูรณาการ
ด้านการบริหารจัดการโครงการและ ภาคส่วน ต่างๆที่เกี่ยวข้อง	2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ได้ลงนามมีบทบาทเป็นผู้เล่นหลักด้วยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ ร่วมสนับสนุนงบประมาณ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแผนการพัฒนาเรื่องเพศ โรคเอดส์ และเยาวชน ไว้ในแผนพัฒนาตำบล โดยใช้งบกองทุนพัฒนาตำบล 4) สภามีความเข้มแข็งและขับเคลื่อนการป้องกันและการแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นรูปธรรม จริงจัง และจริงจัง 5) สภามีเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง 6) เกิดความเข้าใจระหว่างนักเรียนและผู้ปกครองมากยิ่งขึ้น 7) คณะทำงานสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และช่วยกันแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น เสมือนเป็นทีมเดียวกัน 8) สร้างเครือข่ายการทำงานให้มากขึ้น โดยขยายไปสู่กลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชน
ด้านการปรับเปลี่ยนด้านการสอนเพศวิถี ศึกษา/การส่งต่อข้อมูล	1) ผู้บริหารในสถานศึกษาเข้าใจกันมากขึ้น กว่าก่อนดำเนินงานโครงการ 2) ปรับเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการสอนให้ทันกับยุคสมัยและตรงใจวัยรุ่น 3) ครูจะมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศ เปลี่ยนมุมมอง และทัศนคติ เรื่องเพศ ที่ถูกต้อง 4) คุณครูเปลี่ยนไป คุณครูเปิดใจยอมรับ ว่าเราต้องสอน เพศศึกษา เพื่อเพิ่มทักษะมากขึ้น 5) ครูร่วมมือยอมรับการสอนเพศวิถี ในโรงเรียนมากขึ้น 6) มีการคืนข้อมูลทางด้านสาธารณสุขให้กับภาคการศึกษาและโรงเรียน
ด้านผลลัพธ์ที่ได้รับ	1) ลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสถานศึกษา 2) เด็กมีความกล้าที่จะพูดเรื่องเพศมากขึ้นกับครู และผู้ปกครอง 3) ทีมทำงานได้ใจ ได้เครือข่าย 4) กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการใช้บริการมากขึ้น เข้าถึงดูยางอนามัยมากขึ้น วัยรุ่น สามารถเข้ามาปรึกษาเราได้ทุกเรื่อง

สำหรับการบูรณาการภาคีเครือข่ายเพื่อกำหนด
แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ในมิติของ“ภารกิจ 9 ด้าน
และ 5 ยุทธศาสตร์” พบว่ากลไกการดำเนินงานการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับ
จังหวัด โดยผู้แทนจากหน่วยงาน ดังนี้ ปกครองท้อง
ถิ่นจังหวัดฯ ศึกษาธิการจังหวัดฯ สำนักงานพัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฯ สำนักงาน
สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดฯ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดฯ และรองประธานสภาเด็กและ
เยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งโดยภาพรวมทุก
กระทรวงดำเนินงานตามบทบาทตาม พรบ.ป้องกัน
และแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ.2559
เช่น การออกข้อบัญญัติงบประมาณสนับสนุนดำเนิน
งานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การสอนเพศวิถี

ศึกษา การคัดกรองเด็กเสี่ยง และระบบการดูแลช่วย
เหลือของกระทรวงศึกษาธิการการช่วยเหลือเด็ก
ส่งเสริมการพัฒนาอาชีพให้กับแม่วัยใส การจัดทา
กรอบครวัตรวแทนของพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์ การจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ใน
สถานประกอบการของสำนักงานสวัสดิการและ
คุ้มครองแรงงานการพัฒนาการกลไกการขับเคลื่อนฯ การ
จัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์และอำเภออนามัยการ
เจริญพันธุ์ ของกระทรวงสาธารณสุข และการร่วมคิด
แผนงานโครงการโดยกลุ่มสภาพเด็กและเยาวชน
(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แนวทางการบูรณาการภาคีเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์ตาม
“ภารกิจ 9 ด้าน และ 5 ยุทธศาสตร์”

ประเด็น“ภารกิจ 9 ด้านและ 5 ยุทธศาสตร์”	รายละเอียดแนวทางการบูรณาการ
การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการป้องกัน และแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2559	1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่เป็นแหล่งงบประมาณแต่มี ช่วงเวลาเสนอแผนขอรับการสนับสนุนซึ่งเป็นลักษณะปีงบประมาณ รวมถึง มีการตั้งข้อบัญญัติเพื่อกลุ่มวัยรุ่นตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ด้วยเช่นกัน 2) ศึกษาธิการจังหวัดฯ เห็นว่า สังคมเปลี่ยนเร็ววัยรุ่นปรับตัวไม่ทัน Social Literacy โรงเรียนต้อง พัฒนาเรื่องการสอนเพศวิถีเพศศึกษา อบรมให้ความรู้ครูผู้สอน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีก้าวต่อไป รวมถึง การสร้างเครือข่ายผู้สอนเพศวิถีอย่างต่อเนื่องต่อไป 3) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฯ ซึ่งภารกิจหลัก คือ ระบบดูแลช่วยเหลือ ครอบครัวอุปถัมภ์สงเคราะห์ผู้ด้อยทุน และที่สำคัญ คือ การผลักดันนโยบายสู่ระดับพื้นที่

3. ผลลัพธ์การบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครกในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์

ภาพรวมการประเมินผลลัพธ์โครงการด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นภาพรวมของการติดตามประเมินผลโครงการ โดยคณะวิจัยจาก โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาทัศนคติและอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติเรื่อง

การทอถ่อนวัยอันสมควรของวัยรุ่น ตลอดจนการเปลี่ยนผ่านทางความคิดของคณะทำงานทั้ง 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองฯ อำเภอตาคลี อำเภอแม่วงก์ และอำเภอหนองบัว โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการรวบรวมข้อมูล คือ 1) เด็กนักเรียน 2) ผู้ปกครอง 3) ครู/ผู้บริหาร 4) คณะทำงานในพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายละ 6 คน/อำเภอ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การบูรณาการภาคีเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการ	ผลลัพธ์การบูรณาการ
ผลการวิจัยเกี่ยวกับตัวเด็กนักเรียน	เด็กส่วนมาก พ่อแม่แยกทางกัน หรือ ไปทำงานต่างจังหวัด เด็กจึงต้องอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กนักเรียนเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ได้แก่ 1) เพื่อน ซึ่งมีอิทธิพล มากกว่าได้รับความรู้จากเรียนการสอนในห้องเรียน 2) ครู มีบทบาทในการสอดส่องเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศของเด็ก 3) สื่อ ซึ่งเด็กสามารถเข้าถึง ได้ง่าย 4) การเข้าถึงบริการป้องกันการตั้งครก ในวัยรุ่น (ถุงยางอนามัย) ได้ทั้งในโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน 5) กระบวนความคิด (mindset) ของเด็กนักเรียน จากการที่คณะผู้วิจัยได้เข้าไปลงพื้นที่ศึกษาข้อมูล พบว่าเด็กคิดว่า การตั้งครกในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ไม่สมควร แต่ถ้าตั้งครกแล้วก็จะปรึกษาผู้ปกครองและครู เพื่อร่วมกันวางแผนการเรียน และขอคำปรึกษาเรื่อง การดูแลครรภ์และลูก รวมทั้งการให้กำลังใจเพื่อนที่ตั้งครกให้เรียนต่อ และรู้สึกเสียใจที่การตั้งครกทำให้เพื่อนไม่ได้เรียนต่อ
ผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้ปกครอง บริบทของผู้ปกครอง	1) ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นชุมชนที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายมาจากพื้นที่อื่น เพื่อมาสร้างอาชีพ และรายได้ โดยมาทำเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา รวมทั้งรับจ้างทางด้านเกษตรกรรมหรืออื่น ๆ หมดช่วงของการทำเกษตรกรรมจะมีการย้ายถิ่นฐานไปรับจ้างในเมือง 2) มีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อต่าง ๆ ตั้งแต่เดิมที่ชายเป็นผู้นำครอบครัวและต้องดูแลครอบครัวได้

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การบูรณาการภาคีเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการ	ผลลัพธ์การบูรณาการ
ผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้ประกอบการ บริบทของผู้ปกครอง	3) มองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ควรปกปิด วัฒนธรรมบางอย่างติดตัวมาจากพื้นเพเดิมคือเมื่อผู้หญิงกับผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กันจะต้องอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว 3) วัฒนธรรม การเลือกคู่ครองให้กับบุตรซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ ประเพณีกินดอง หรือคล้องทอง ที่ยังคงอยู่ ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามรุ่นของช่วงอายุคนไปบ้าง กระบวนความคิด (mindset) ของผู้ประกอบการที่ได้เข้าร่วมโครงการ พบว่ากระบวนความคิดของผู้ปกครองเปลี่ยนแปลง 3.1) วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งต่อต้าน ยอมรับ เผชิญหน้า เพิกเฉยถอยหนี หรือเป็นไปตามวิถีชีวิตของครอบครัวหรือชุมชน 3.2) เรื่องการตั้งครรภ์ไม่ใช่เรื่องใหญ่เรื่องเลวร้ายปากท้องเป็นเรื่องสำคัญกว่า ความสามารถในการเลี้ยงดูครอบครัวใหม่ของวัยรุ่น ถ้าเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นเด็กจะทำมาหากิน เลี้ยงดูครอบครัวได้หรือไม่
ผลการวิจัยเกี่ยวกับคณะทำงาน	1) บริบทที่เกี่ยวข้องกับคณะทำงาน การประสานงานของหน่วยงาน มีทั้งการประสานงานภายในทีม และนอกทีมงาน เช่น การประสานแผนงาน การเข้าร่วมเป็นวิทยากรช่วยในกิจกรรมของทีมคนทำงานทั้งในเขตเมืองฯ และ พื้นที่ห่างไกล อิทธิพลรอบตัวที่ส่งผลต่อคณะทำงาน ได้แก่ 1.1) คนรอบตัวที่มีผลต่อการทำงานแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประกอบด้วยทีมงานที่ร่วมทำงานทั้งภายในหน่วยงานหรือ เครือข่ายในพื้นที่ ส่งผลต่อการทำงานของคนทำงานให้มีการร่วมมือประสานงานอย่างสม่ำเสมอหน่วยงาน เป็นแรงบันดาลใจ แรงผลักดัน และแรงยึดเหนี่ยวให้คนทำงานอย่างต่อเนื่องไม่ละวางจากการแก้ปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความสัมพันธ์ของแนวทางการแก้ปัญหากับ ผลที่ได้รับ คือ กระบวนความคิด (mindset) ของคณะทำงาน สามารถสรุปได้ ดังนี้ 1.1.1) พยายามทำความเข้าใจ หวังดี เรียนรู้ ใช้ข้อมูล ออกแบบแก้ปัญหา และ ทำงาน 1.1.2) พยายามทำ (แบ่งรับ แบ่งสู้) จากสิ่งที่มีอยู่ 1.1.3) รู้สึกเป็นภาระ ทำตามคำสั่ง ทำให้เสร็จๆ ทำตามหน้าที่ ปัจจัยที่ส่ง ผลต่อการเปลี่ยนผ่าน (transformation)

และภาพรวมการประเมินผลลัพธ์โครงการด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ ที่เก็บจากรายงานผลการปฏิบัติงานปี 2558 ถึง ปี 2561 โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการเพศวิถีศึกษาจาก 10 โรงเรียนในปี 2558 เป็น 24 โรงเรียนในปี 2561 โรงเรียนที่มีการสอนเพศวิถีศึกษาจาก 6 โรงเรียนในปี 2558 เป็น 17 โรงเรียนในปี 2561 มีผู้บริหารโรงเรียน อบรมปรับทัศนคติเพศวิถีศึกษา 12 โรงเรียนในปี 2558 เป็น 19 โรงเรียนในปี 2561 มีครูที่เข้าอบรมหลักสูตรเพศวิถีศึกษา 35 คนโรงเรียนในปี 2558 เป็น 314 คนในปี 2561 มีคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในโรงเรียน 6 โรงเรียนในปี 2558 เป็น 12 โรงเรียนในปี 2561 มีนักเรียนที่เข้ารับคำปรึกษาในคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น 45 คน ในปี 2558 เป็น 220 คน ในปี 2561 และจากข้อมูลประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์พบว่านักเรียนชายเคย มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 31.6 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 26.6 ในปี 2561 ส่วนนักเรียนหญิงพบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 26.4 ในปี 2558 เป็น

ร้อยละ 27.6 ในปี 2561 และอายุเฉลี่ยของนักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่าเพศชายอายุเฉลี่ย 16.8 ปี ในปี 2558 เป็น 14.8 ปี ในปี 2561 และเพศหญิง อายุเฉลี่ย 16.6 ปี ในปี 2558 เป็น 15.5 ปี ในปี 2561 และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย พบว่า เพศชายใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 70.2 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 78.2 ในปี 2561 ในส่วนของเพศหญิงใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 60.8 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 71.3 ในปี 2561 และอัตราการคลอดบุตรของเด็กอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คนพบว่าลดลงจาก 1.13 ในปี 2558 เป็น 0.53 ในปี 2561 และอัตราการคลอดบุตรของเด็กอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนพบว่าลดลงจาก 48.8 ในปี 2558 เป็น 27.8 ในปี 2561 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่าลดลงจาก 20.4 ในปี 2558 เป็น 9.1 ในปี 2561 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความก้าวหน้าดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์

หัวข้อ	2558	2561
มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการเพศวิถีศึกษา	10	24
โรงเรียนที่มีการสอนเพศวิถีศึกษา	6	17
ผู้บริหารโรงเรียน อบรมปรับทัศนคติ	12	19
โรงเรียนที่ครูอบรมหลักสูตรเพศวิถี	35	314
คลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในโรงเรียน	6	12
จำนวนเด็กรับคำปรึกษา	45	220
นักเรียนชายมีประสพการณ์เพศสัมพันธ์	31.6	26.6
ร้อยละนักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัย	70.2	78.2
อายุเฉลี่ยนักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	16.8	14.8
นักเรียนหญิงมีประสพการณ์เพศสัมพันธ์	26.4	27.6
ร้อยละนักเรียนหญิงใช้ถุงยางอนามัย	60.8	71.3
อายุเฉลี่ยนักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	16.6	15.5
อัตราการคลอดบุตรเด็กอายุ 10-14 ปี	1.13	0.53
อัตราการคลอดบุตรเด็กอายุ 15-19 ปี	48.8	27.8
ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดา <20 ปี	20.4	9.1

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์

1. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ทั้งภายในพื้นที่ และระหว่างพื้นที่

2. การนำภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยสร้างความตระหนักว่าเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนต้องช่วยกัน

3. วิทยากรกระบวนการ/ผู้ประสานงาน/ผู้ดำเนินการในพื้นที่ควรได้รับการพัฒนาหรือฝึกอบรมเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและมีความพร้อมในการดำเนินงาน

4. ควรมีการอบรมการใช้เครื่องมือ (รูปแบบกิจกรรม แนวทางการปฏิบัติ คู่มือตัววัดชี้ความสำเร็จของโครงการ ฯลฯ) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ให้รับทราบครอบคลุม เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันโดยสามารถพัฒนาเครื่องมือให้เข้ากับบริบทปัญหาของแต่ละพื้นที่

5. ควรมีการเฝ้าระวังหรือจัดกิจกรรมในกลุ่มระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-6) ร่วมด้วย เนื่องจากเด็กยุคใหม่ ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศจากสื่อต่างๆ อย่างรวดเร็ว ซึ่งเด็กระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายก็เป็นวัยที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่น เช่นเดียวกัน

6. ให้คณะกรรมการที่เป็นเด็กวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมทุกกระบวนการโครงการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนรูปแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลกิจกรรม เพื่อเปิดมุมมองการทำงานใหม่ๆ โดยวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการจัดกิจกรรม

7. ควรมีการศึกษาวิจัยตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และตามบริบทของพื้นที่ หรือโครงการที่เข้าถึงครอบครัว ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มของเด็กนักเรียน ได้แก่ เด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และกลุ่มที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการเรียนรู้ร่วมกัน และสามารถเข้าใจถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นและผลักดันให้เกิดนโยบายในการสนับสนุนให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ได้กลับไปเรียนที่โรงเรียนเดิมจนตลอดบุตร

อภิปรายผล/วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบกระบวนการทำงานเชิงบูรณาการของจังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภาคีเครือข่ายระกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา อสม. ผู้นำชุมชน และสภาเด็ก เป็นแกนนำในการดำเนินการในการพัฒนากลไกประสานการทำงาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น จากข้อค้นพบจะเห็นได้ว่าเรามีภาคีเครือข่ายในการทำงานเป็นเดิมทุนอยู่อย่างครอบคลุม แต่ต้องแสวงหาภาคีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการฯ เพื่อขยายภาคีเครือข่ายและสร้างความเข้มแข็งให้กับทีมงาน การจะดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน คือการใช้ต้นทุนภาคีเครือข่ายที่มีอยู่แล้วและพัฒนาให้เข้มแข็งเพิ่มขึ้น แสวงหาโอกาสเสริมสร้างภาคีหุ้นส่วนใหม่ๆ เข้ามามีส่วนร่วม⁽⁸⁾ อีกทั้งสร้างการตระหนักต่อปัญหาเนื่องจากการสร้างการตระหนักและความเข้าใจในตัวปัญหา ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายมีจิตสำนึกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือเพื่อขับเคลื่อนโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างเข้มแข็ง

การบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้ง
ครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย
บริหารจัดการโครงการและภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง
โดยมีการจัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด อำเภอ และ
ตำบล ครอบคลุม หน่วยงานด้านสาธารณสุข ด้านการ
ศึกษา ด้านสวัสดิการสังคม องค์การพัฒนาเอกชน กลุ่ม
แกนนำวัยรุ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบูรณา
การทรัพยากรกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผน
ร่วมกันจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์วัยรุ่น
ในระดับจังหวัดและพื้นที่/เป็นปัจจุบันกำกับติดตาม
การดำเนินงานเป็นระยะ รวมถึงการบูรณาการ
กิจกรรมการดำเนินงานประกอบด้วยพัฒนาศักยภาพ
ผู้ปกครองให้มีทักษะการคุยเรื่องเพศกับลูก อบรมครู
ให้สามารถสอนเรื่องทักษะชีวิต และเพศวิถี ศึกษา
รอบด้าน อีกทั้งมีการจัดหน่วยบริการสุขภาพที่เป็น
มิตรกับวัยรุ่น และการบูรณาการภาคีเครือข่ายเพื่อ
กำหนดแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้ง
ครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครสวรรค์ ในมิติของ “ภารกิจ
9 ด้าน และ 5 ยุทธศาสตร์” นั้นส่งผลให้โครงการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ประสบผลสัมฤทธิ์
และเมื่อจำแนกองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์
ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลักคือ การจัดการบริการ
ในคลินิก องค์ประกอบรอง ได้แก่ กระบวนการใน
ชุมชน สอดคล้องกับการให้ความรู้แก่ผู้ที่มี ส่วนได้
ส่วนเสียของปัญหา และการปฏิบัติการภายใต้ ความ
หลากหลายของชุมชน นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบ
เสริม คือ ความสอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรม
และบริบทของชุมชน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ
จากวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽⁸⁾

จากการบูรณาการดำเนินงานโครงการป้องกัน
และแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัด
นครสวรรค์ โดยมีข้อมูลเปรียบเทียบกันในปี 2558

ก่อนเริ่มโครงการ และปี 2561 หลังเสร็จสิ้นโครงการ
พบว่าข้อมูลประชากรการมีเพศสัมพันธ์ใน
นักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์ลดลงแต่ ส่วนนักเรียน
หญิงพบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น และอายุ
เฉลี่ยของนักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง โดยมีเพศ
สัมพันธ์อายุน้อยเพิ่มมากขึ้น และการใช้ถุงยางอนามัย
เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นทั้งชายและ
หญิง และอัตราการคลอดบุตร ของเด็กอายุ 10-14
ปี ลดลงจาก 1.13 เป็น 0.53 ต่อ 1000 และอัตรา
การคลอดบุตร ของเด็กอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก
48.8 เป็น 27.8 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดา อายุ
น้อยกว่า 20 ปี พบว่าลดลงจาก 20.4 เป็น 9.1 จาก
ข้อมูลพบว่าเด็กส่วนมาก พ่อแม่แยกทางกัน หรือ ไป
ทำงานต่างจังหวัด เด็กจึงต้องอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง
ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย อีกทั้งมีเพื่อนที่เป็นอิทธิพลหลัก
ต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในความคิดของ
ผู้ปกครองการตั้งครรภ์ไม่ใช่เรื่องใหญ่เรื่องเลวร้าย
ต้องเป็นเรื่องสำคัญกว่า จากข้อมูลสอดคล้องกับการ
ศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์ก่อน
วัยอันควร คือ ชุมชนที่มีการใช้ยาเสพติด หรือมีการ
ใช้ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ใน
ครอบครัวไม่ดี พ่อแม่ไม่เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก
ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ยาคุมกำเนิด
เพื่อนที่ไม่ชอบเข้าเรียนหนังสือ ใช้สารเสพติด มีเพศ
สัมพันธ์อย่างอิสระและไม่นิยมคุมกำเนิด และมีคู่วัย
ที่มีอายุน้อยกว่า หรือวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่
ถูกเลี้ยงดูจากตา ยาย เพราะพ่อแม่ไปทำงานต่างถิ่น ซึ่ง
ตา ยายไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม หรือเท่าทันเด็ก
วัยรุ่นได้⁽⁹⁾ จึงต้องมีกระบวนการความคิด (mindset) ของ
ผู้ปกครองเพื่อให้ได้เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้กระบวนการ
ความคิดของผู้ปกครองเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในส่วน

ของสถานศึกษามีการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีจากร
บูรณาการโดยมีข้อมูลเปรียบเทียบกันในปี 2558
ก่อนเริ่มโครงการ และปี 2561 หลังเสร็จสิ้นโครงการ
โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการเพศวิถีศึกษา จาก 10
โรงเรียน เป็น 24 โรงเรียน และมีโรงเรียนที่ทำการ
สอน เพศวิถีศึกษาศึกษา จาก 6 เป็น 17 โรงเรียน
รวมถึงมีผู้บริหารโรงเรียน อบรมปรับทัศนคติเพศ
วิถีศึกษา 12 โรงเรียน เป็น 19 โรงเรียนและมีครูที่เข้า
อบรมหลักสูตรเพศวิถีศึกษา 35 คน เป็น 314 คน
มีคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในโรงเรียน 6 โรงเรียน
เป็น 12 โรงเรียน มีนักเรียนที่เข้ารับคำปรึกษาใน
คลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น 45 คน เป็น 220 คน เป็น
ผลจากการบูรณาการด้านการปรับเปลี่ยนด้านการ
สอนเพศวิถีศึกษา/การส่งต่อข้อมูล ทำให้โรงเรียนมี
ประเด็นในการสอนเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อ
ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพื่อเป็นการชี้ข้อมูลที่แท้จริง
ให้วัยรุ่นได้เกิดความตระหนักที่จะหลีกเลี่ยงการมีเพศ
สัมพันธ์ก่อนวัยอันควร บุคลากรทางการศึกษาควรมี
ทัศนคติทางบวกและสนับสนุนให้วัยรุ่นได้ค้นคว้า
เรื่องเพศอย่างถูกต้องและเป็นจริงจากแหล่งข้อมูลที่
เชื่อถือได้ที่ จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ในวิถีเรื่องเพศ
อย่างสร้างสรรค์⁽¹⁰⁾

สรุป

ผลลัพธ์การบูรณาการดำเนินงานโครงการป้องกัน
และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัด
นครสวรรค์ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนิน
งาน หลักๆ ได้แก่

- 1) การผลักดันนโยบายจังหวัดฯ ให้สอดคล้องกับ
พระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้ง
ครรภ์ในวัยรุ่นปี พ.ศ. 2559
- 2) กระบวนการประสานงานของคณะกรรมการ

3) การเข้าถึงระบบบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
สำหรับวัยรุ่น

4) การปรับกระบวนการความคิด (mindset) เรื่องเพศ
วิถีศึกษา ของเด็กนักเรียน ผู้ปกครอง ครูและคณะทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน
ที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อีกทั้งคณะ
กรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ
ข้อมูลตลอดจนเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการประสานงาน
อำนวยความสะดวก จนลุล่วงไปได้ด้วยดีมาตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. รายงานโครงการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์ ปีที่ 1; 2559 รายงานผลการ
ปฏิบัติงานสาธารณสุขประจำปี

2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. รายงานผลการ
ปฏิบัติงานสาธารณสุขประจำปี 2556;2556

3. สุวชัย อินทรประเสริฐ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. การ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน: ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ วินิต พัว
ประเสริฐ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล บรรณาธิการ. สูติศาสตร์
รามธิบดี. กรุงเทพฯ: บริษัทโอลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด;
2539: 173-81.

4. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย.
แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ :
บริษัทแอดวานส์ปริ้นติ้ง จำกัด; 2556

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ รายงานผลตาม
มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจังหวัดนครสวรรค์
ประจำปี 2559; 2559

6. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. นนทบุรี:โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2559
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาดการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นจังหวัดนครสวรรค์; 2562
8. อติรัตน์ ราศิริ, อาจันต์ สงทับ. แนวทางการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อก้าวสู่ “ศตวรรษที่ 21”. วารสารเครือข่าย
9. รักเกล้า มีคิล, ฟาร์่ง มีอุตร. การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น “สาเหตุ และแนวทางแก้ไข” กรณีศึกษาวัยรุ่นในเขตชนบทแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น.การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 2 “งานวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น”; 14 ก.พ. 2558; ห้องประชุมสีทอง มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์; 2558.
10. Kappeler EM, Farb AF. Historical context for the creation of the office of adolescent health and the teen pregnancy prevention program. J Adolescent Health 2014;54(3Suppl):S3-9.