JOHSS วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

Journal of Health Sciences Scholarship

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2562

Vol. 6 No.2, July – December 2019

ISSN: 1906-1919

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิสัยทัศน์:

สถาบันอุดมศึกษา ผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพและเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ เพื่อพัฒนาสู่สังคมผู้สูงวัยที่เป็นสุข

ปณิธาน:

“ภูมิรู้คู่ภูมิธรรม นำภูมิปัญญา พัฒนาสุขภาพ”

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
Journal of Health Sciences Scholarship

เจ้าของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

บรรณาธิการ
ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.สัญชัย จุตรสิทธา
ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรธนะเดช

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรธนะเดช
รศ.ดร.เดชา ทำดี
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล
ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข
ดร.มยุรฉัตร กันยะมี
ดร.ศศิธร ชิดนายี
ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย
ดร กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ
พ.ต.อ.ดร.แดน สุวรรณะรุจิ
ดร.ปริศนา นวลบุญเรือง
ดร.ถาวร ล่อกา
ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
ดร. ณัฎฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์
ดร.สมเกียรติ ศรีธาราธิคุณ
นพ.สิทธิ์ ภคไพบูลย์
ทพญ.จุฑารัตน์ รัศมีเหลืองอ่อน
ดร.มธุรดา ม่วงมัน
อ. ชาลีนี วัฒนวรรณะ
ดร.พัฒนา นาคทอง
ดร.ธีรารัตน์ บุญกุณะ
ดร.เอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์
ดร.รุ่งกาญจน์ วุฒิ
ดร. ศรีจันทร์ พลับจั่น
ดร. ยงยุทธ แก้วเต็ม
ดร.นงลักษณ์ พรหมติงการ
ดร.มยุรี นิรัติธราดร
ทพญ.ลลนา ถาคำฟู
ดร. อัญญ่า ปลดเปลื้อง
ดร.พรรณี ไพศาลทักษิน
ดร.สุดคนึง ปลั่งพงษ์พันธ์
ดร.สิริอร พัวศิริ
ดร.ปิยธิดา จุลละปีย
ดร.สุวัฒนา คำสุข
ดร.จันทร์ธิลา ศรีกระจ่าง
ดร. สมปรารถนา สุดใจนาค
ดร. เบญจมาศ ยศเสนา
ดร.วิภา เอี่ยมสำอาง จารามิลโล
ดร.เชษฐา แก้วพรม
ดร. พิทยา ศรีเมือง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ การแพทย์ทางเลือก ด้านสาธารณสุขหรือสังคมศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวกับเชิงนโยบาย การบริหาร การศึกษา การพัฒนา และเชิงธุรกิจสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล ทางด้านสุขภาพ และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการในการเผยแพร่ความรู้เพื่อนำไปสู่การศึกษาค้นคว้าทางวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล ทางด้านสุขภาพ และศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาบทความในฉบับ

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข
ดร.ธีรารัตน์ บุญกุณะ
ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
นพ.สิทธิ์ ภคไพบูลย์
ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง
ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม
ดร.มธุรดา ม่วงมัน
ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินถา
ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ
ดร.ณัฏฐ์ธภรณ์ ปัญจขันธ์

พิมพ์ที่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด กิจเสรีการพิมพ์
สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง 268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020
Email: journalbcnlp@gmaill.com

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)
มกราคม-มิถุนายน
กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือนี้ ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใดๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

หน้า

- พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงแสน 1
  อภิวัฒน์ อัครพัฒนานุกูล, ภูมิ ชมภูศรี , จิตรลดา อุทัยพิบูลย์

- การขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอสู่วาระ พชอ. : บริบทอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง 12
  กอบกุล สาวงศ์ตุ้ย,ชุมพล ดวงดีวงศ์,ศรศิลป์ มังกรแก้ว,ชมพูนุช แสงบุญเรือง

- ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง 28
  นุกูล หนูสุข

- การศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 43
  ศรีสอางค์ วรรณกูล

- สถานการณ์วัณโรคของอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง 66
  นัยนันทร์ สุวรรณกนิษฐ์

- ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก 78
  แก้วรี กฤตสัมพันธ์

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 ฉบับนี้ยังคงคุณค่าทางวิชาการเช่นเดิม และในช่วงเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา ทางกองบรรณาธิการได้ส่งผลงานของวารสารเข้ารับการประเมินคุณภาพวารสารใหม่ที่ต้องการเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI พ.ศ. 2562 ซึ่งจะประกาศผลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 นี้ นอกจากนี้ทางวารสารยังมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้ผู้อ่านทุกท่านได้อ่านผลงานที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

สำหรับบทความวิจัยในฉบับนี้ มีความหลากหลายในเชิงวิชาการ เช่นเดิม อาทิเช่น เรื่องที่ 1 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงแสน ซึ่งเน้นในเรื่องการให้ความสำคัญกับการจำกัดจำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มากขึ้น รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย เรื่องที่ 2 การขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอสู่วาระ พชอ. : บริบทอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง โดยมีผลงานเด่นที่นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการทำงานค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็นระบบ การยอมรับและร่วมแก้ไขปัญหาของคณะทำงานโดยผ่านวาระ พชอ. ที่มีการติดตามงานอย่างเป็นรูปธรรมโดยการนำของนายอำเภอ รวมถึงความรู้สึกที่ชุมชมร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมดำเนินงานในพื้นที่ เรื่องที่ 3 ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าโปรแกรมมีการกำกับตนเองและพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น และควรจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนการดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลต่างๆ เพื่อให้เกิดการคงอยู่ของการพฤติกรรมและการกำกับตนเอง เรื่องที่ 4 การศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชนโดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนร่วมเป็นที่ตั้ง จะส่งผลให้เกิดระบบการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เรื่องที่ 5 สถานการณ์วัณโรคของอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในการดำเนินงานด้านวัณโรค ควรเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และแนวทางดำเนินการร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป เรื่องที่ 6 ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ที่พบว่า ควรนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ขอให้สมาชิกทุกท่านสัมผัสงานวิจัยที่มีคุณค่าทั้ง 6 เรื่อง แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าครับผม

ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ

Alcohol Consumption Habits among Hypertensive Patient in Chiang-Sean Hospital

Apiwat Akarapattananukul*, Poom Chompoosri*, Chitlada Utaipiboon*

Abstract

This descriptive research is to examine the alcohol consumption behaviors among hypertensive patients in Chiang-sean hospital, Chiangrai province, Thailand. Ninety-eight (98) patients were selected through an accidental sampling. The data were collected through questionnaires of demographic data, hypertension status, drinking status and type of drinking, The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and perception of alcohol effects. The data were analyzed by Mann-Whitney U Test.

The research samples were 52.04% male, and 47.96% female, and mostly Thai (92.86%) with the average age of 59.71 years old. This study revealed that the aspect of alcohol consumption behaviors during the previous year, 46.94% were current drinkers at an average amount of 4.78 standard drinks and shows that the median of alcohol drinking between male and female is statistically significant with 4.10 for males and 1.60 for females, respectively. Moreover, the frequency of drinking is 1 to 7 times per week (45.65%). By the assessment of AUDIT, the majority of cases were low-risk drinkers (58.70%), while the level of change behavior of the samples was mainly classified in the Preparation Stage (36.96%). Furthermore, it is noticeable that 7.14% of current drinkers indicates has lack of knowledge and misunderstood the effects of alcohol consumption that leads to hypertension.

Therefore, the study recommends that health providers should raise awareness on the limit of alcohol consumption in every hypertensive patient and educate them on the effects of it.

Keywords: Alcohol consumption behavior, Hypertensive patients

* *School of medicine, Mae Fah Luang University, Chiangrai*

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงแสน

อภิวัฒน์ อัครพัฒนานุกูล*, ภูมิ ชมพูศรี*, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เชิงลึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 98 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประวัติและรูปแบบการดื่ม ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ52.04 เพศหญิงร้อยละ 47.96 ส่วนใหญ่ถือสัญชาติไทยร้อยละ 92.86 อายุเฉลี่ย 59.71 ปี พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ใน1ปีที่ผ่านมาพบมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 46.94 มีปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 4.78 ดื่มมาตรฐานและพบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติของค่ากลางปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายและเพศหญิงที่ 4.10 ดื่มมาตรฐานและ 1.60 ดื่มมาตรฐานตามลำดับ ความถี่ในการดื่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง1-7วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 45.65 พฤติกรรมการดื่มจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงน้อยร้อยละ 58.70 ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นตัดสินใจมากที่สุดร้อยละ 36.96 และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.14 ที่ยังไม่ทราบหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยทั้งหมดเป็นกลุ่มนักดื่มปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะบุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการจำกัดจำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มากขึ้น และเนื่องจากยังมีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มนักดื่มปัจจุบันส่วนหนึ่งยังไม่ทราบถึงผลกระทบดังกล่าว จึงควรจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทนำ

“โรคความดันโลหิตสูง” เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อประชากรเป็นจำนวนมากและเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรโลกเป็นอันดับต้นๆ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในกลุ่มประชากรที่อายุมากกว่า18 ปี ทั่วโลกมีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.13 พันล้านคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2015) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามีประชากรที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 24.2 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนประชากร (Bureau of Non Communicable Diseases, 2016) ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคเสนอว่า สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 50 เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นค่าความดันโลหิต โดยเฉพาะSystolic blood pressure จะเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Bureau of Non Communicable Diseases, 2016) ดังนั้นการรักษาและควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 mmHg จึงเป็นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็เป็นวิธีการรักษาพื้นฐานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว (Thai Hypertension Society, 2015) การดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ข้อมูลจาก JNC 8 Guidelines และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 20 g หรือ 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และ 10 g หรือ 1 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง (James PA, et al, 2014) โดยกลไกที่อธิบายผลดังกล่าวนั้นมีหลายสมมติฐานทั้งผลต่อการกระตุ้น renin angiotensin-aldosterone axis, กระตุ้น Adrenergic nervous system, กระตุ้นการเพิ่มขึ้นของPlasma cortisol, กระตุ้นการเพิ่มขึ้นของintracellular calciumใน Arteriolar smooth muscle cells, การลดBaroreceptor reflexes และกลไกของ Oxidative stress (Kazim Husain, et al., 2014)

เมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยพบว่า จากสถิติในปี พ.ศ.2558 มีผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 17 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 32.00 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ เมื่อพิจารณาความชุกตามภูมิภาค พบว่าภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด คือประมาณร้อยละ 39.2 หรือ 3.7 ล้านคน (Center for alcohol studies, 2015) อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เป็นอำเภอหนึ่งที่มีแนวโน้มของทั้งปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก จากข้อมูลสถิติ พ.ศ. 2560 ของโรงพยาบาลเชียงแสน พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 5,924 คน เป็นผู้ที่มารับการรักษาที่คลินิกพิเศษโรคความดันโลหิตสูง 2,687 คน และร้อยละ 32.00 ของผู้ป่วยมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ (NCD Clinic, 2017)

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เชิงลึกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเกี่ยวกับชนิดและปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ตามดื่มมาตรฐาน พฤติกรรมเสี่ยงในการดื่ม และระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงแสนในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2560 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ข้อมูลจากศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกของพฤติกรรมการดื่มสุรา ในผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลให้คำปรึกษา และกำหนดโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน เพื่อผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงแสน

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ผลกระทบของแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงแสน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อโรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ในช่วงวันที่ 15, 18, 25 และ 29 ธันวาคม พ.ศ.2560 ได้รับการอนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ICD-10 รหัส I10-I13 ที่มาเข้ารับบริการในวันและสถานที่ดังกล่าว โดยใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยบกพร่องทางปัญญา (Intellectual Disability) ตาม ICD-10 รหัส F70-F79 ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมผ่านการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ สัญชาติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยึดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประวัติและรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบสอบถาม ของแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณการ (ผรส.) (Phunnapa Kittirattanapaiboon, 2010) ในส่วนนี้ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์วัดด้วยจำนวน “ดื่มมาตรฐาน (Standard Drink)” 1 ดื่มมาตรฐานมีค่าเท่ากับแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม และการดื่มที่มากกว่าที่ปริมาณแนะนำแยกตามเพศ คือ มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานในเพศชาย และ 1 ดื่มมาตรฐานในเพศหญิง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (The Alcohol Use Disorders Identification Test ; AUDIT) ซึ่งสร้างโดยองค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจและพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (Phunnapa Kittirattanapaiboon, 2009) แบบสอบถามส่วนนี้ใช้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) เท่านั้น

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามข้อมูลจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 และแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Changes Ladder) ซึ่งใช้เฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน (Current Drinker) ได้รับการพัฒนาโดย Biener and Adamsในปี พ.ศ. 2534 ปรับปรุงแบบสอบถามเป็นภาษาไทยโดยดรุณีภู่ขาวและคณะ (Darunee phukao, 2010)

เครื่องมือวิจัยผ่านการพิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและได้รับการปรับแก้ไขจนได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ก่อนนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้างต้นดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ผู้วิจัยเห็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบ และการสืบค้นทบทวนข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลเชียงแสนใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาทีต่อคน มีผู้สัมภาษณ์จำนวน 1 คน ได้แก่ ผู้วิจัย

ข้อมูลที่รวบรวมนำมาแจกแจงหาความถี่ของผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่ม ความถี่ของผู้ป่วยที่รับรู้ถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อโรคความดันโลหิตสูง และแจกแจงความถี่ของระดับความเสี่ยงในการดื่มและลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนั้นเปรียบเทียบค่ากลางของปริมาณการดื่มในกลุ่มผู้ป่วยตามเพศและการควบคุมความดันด้วย Mann-Whitney test เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อสรุปแสดงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เชิงลึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงแสน

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โรงพยาบาลเชียงแสนเป็นเวลา 4 วัน พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 98 ราย มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปและประวัติความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 51 ราย (ร้อยละ52.04) เพศหญิงจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 47.96) ถือสัญชาติไทยจำนวน 91 ราย (ร้อยละ92.86) ลาวจำนวน 5 ราย (ร้อยละ5.08) พม่าจำนวน 1 ราย (ร้อยละ1.02) และไม่ทราบสัญชาติแน่นอน 1 ราย (ร้อยละ1.02) มีอายุเฉลี่ย 59.71 ปี (mean = 59.71, S.D. = 10.28) มีกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลความดันครบถ้วนจำนวน 83 ราย (ร้อยละ 84.69) ในจำนวนนี้มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 140/90 mmHg ทุกครั้งจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 37.35) น้อยกว่าบางครั้งจำนวน 44 ราย (ร้อยละ53.0) และมากกว่าทุกครั้งจำนวน 8 ราย (ร้อยละ9.64)

2. ประวัติ รูปแบบ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบมีกลุ่มตัวอย่างที่จัดเป็นกลุ่มนักดื่มปัจจุบัน (Current Drinker) จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 46.94) มีประเภทของแอลกอฮอล์ที่นิยมมากตามลำดับ ได้แก่ สุราต้มพื้นเมืองและเบียร์5% แอลกอฮอล์ อย่างละ 14 ราย (ร้อยละ38.89) สุราขาว 8 ราย (ร้อยละ17.40) เบียร์คิดเป็นร้อยละ 6.4 แอลกอฮอล์ 5 ราย (ร้อยละ10.87) ไวน์คูลเลอร์ 2 ราย (ร้อยละ4.35) สุราสีและสุราจีนอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ2.17) โดยมีปริมาณและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประวัติและรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์แบ่งตามเพศของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทของข้อมูล	เพศของกลุ่มตัวอย่าง		
	รวม	**เพศชาย**	**เพศหญิง**
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	n = 98	n = 51	n = 47
- ไม่เคยดื่ม	13 (13.26%)	1 (1.96%)	12 (25.53%)
- เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	39 (39.80%)	23 (45.10%)	16 (34.04%)
- ดื่มภายใน 1 ปี$	9 (9.18%)	2 (3.92%)	7 (14.90%)
- ดื่มภายใน 3 เดือน$	37 (37.94%)	25 (49.02%)	12 (25.53%)
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในนักดื่มปัจจุบัน			
- ค่ากลาง (Median)	2.75# (P25=1.53, P75=7.53)	4.10# (P25=2.70, P75=10.10)	1.60# (P25=0.80, P75=3.15)
- ค่าเฉลี่ย (Mean)	4.78# (S.D. =4.51)	6.62# (S.D.=4.80)	2.69# (S.D.=3.12)
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	n = 46	n = 27	n = 19
- ทุกสัปดาห์*	21 (45.65%)	19 (73.37%)	2 (10.53%)
- ทุกเดือน**	12 (26.09%)	6 (22.22%)	6 (31.58%)
- ทุกปี***	13 (28.26%)	2 (7.41%)	11 (57.89%)
จำนวนนักดื่มปัจจุบันที่มีปริมาณดื่มเกินเกณฑ์มาตรฐาน	n = 46	n = 27	n = 19
- ดื่มอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	9 (19.57%)	2 (7.41%)	7 (36.84%)
- ดื่มมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	37 (80.43%)	25 (92.59%)	12 (63.16%)

หมายเหตุ: $ นักดื่มปัจจุบัน
#หน่วย: ดื่มมาตรฐาน
*จำนวนวันการดื่ม รวม 1-7 วัน ชาย 1-7 วัน หญิง 1-5 วัน
**จำนวนวันการดื่ม รวม 1-3 วัน ชาย 1-3 วัน หญิง 1-3 วัน
***จำนวนวันการดื่ม รวม 2-6 วัน ชาย 2-4 วัน หญิง 2-6 วัน

โดยจากตารางจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน และจากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบปริมาณการดื่มระหว่างเพศชายกับเพศหญิงด้วย Mann-Whitney test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Prob. > |z| = 0.0006) โดยมีค่ากลางของปริมาณการดื่มอยู่ที่ 4.10 ดื่มมาตรฐานในเพศชาย และ 1.60 ดื่มมาตรฐานในเพศหญิง

การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบันจำนวน 46 ราย พบกลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (Low-risk drinking) จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 58.70) กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 30.43) กลุ่มดื่มแบบมี

ปัญหา (Harmful drinking) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.17) และกลุ่มดื่มแบบติด (Alcohol dependence) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ8.70)

ระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบอยู่ในระยะเมินเฉย (Pre-contemplation) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 23.91) ระยะลังเลใจ (Contemplation) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ13.04) ระยะตัดสินใจ (Preparation) จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 36.96) และ ระยะลงมือกระทำ (Action) จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 26.09)

3. การรับรู้ต่อผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อโรคความดันโลหิตสูง พบกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ทราบหรือเข้าใจผิดจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 7.14) โดยทั้งหมดล้วนอยู่ในกลุ่มนักดื่มปัจจุบัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แจกแจงความถี่การรับรู้ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ต่อผลกระทบของแอลกอฮอล์	รวม	นักดื่มปัจจุบัน n = 46	ไม่ใช่นักดื่มปัจจุบัน n = 52
- ทราบ	63 (64.29%)	24 (52.17%)	39 (75.00%)
- ไม่แน่ใจ	28 (28.57%)	15 (32.61%)	13 (25.00%)
- ไม่ทราบ หรือ เข้าใจผิด	7 (7.14%)	7 (15.22%)	0 (0.00%)

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสำคัญด้านพฤติกรรม ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัย ข้อมูลจากงานวิจัยแสดงให้เห็นความชุกของนักดื่มปัจจุบันที่มีมากถึงร้อยละ 46.94 ตัวเลขดังกล่าวสอดคล้องไปกับข้อมูลของจังหวัดเชียงราย ตามรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554 ซึ่งพบความชุกของนักดื่มในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 49.3 (Center for alcohol studies, 2013)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ เกิดความรู้และความเข้าใจในสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ประเภทของการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าประเภทของแอลกอฮอล์ที่นิยมบริโภคมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างคือ สุราต้มพื้นเมือง และ เบียร์ 5 % แอลกอฮอล์ โดยพบความชุกเท่ากันที่ร้อยละ 38.9 ซึ่งสอดคล้องไปกับรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2554 ที่พบสุราขาว/สุรากลั่นชุมชน และเบียร์ เป็นเครื่องดื่มที่มีการบริโภคมากที่สุดเช่นกันที่ร้อยละ 66.3 และ 65.9 ตามลำดับ (งานวิจัยดังกล่าวสามารถตอบประเภทของแอลกอฮอล์ที่บริโภคได้มากกว่า 1 ชนิด) (Center for alcohol studies, 2013[11]) โดยเป็นที่น่าสังเกตว่า สุราต้มพื้นเมืองที่ได้รับความนิยมเป็นจำนวนมากนี้เป็นสุรานอกภาษี จึงมักไม่ได้รับผลกระทบจากนโยบายควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของรัฐในภาพใหญ่ เช่น การควบคุมให้มีการจำหน่ายตามเวลา, การขึ้นราคาภาษี ฯลฯ ดังนั้นการพิจารณาจัดทำนโยบายควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ใดๆ ในชุมชนควรให้ความสำคัญและเข้าถึงประเภทของแอลกอฮอล์ดังกล่าวให้มากกว่าปกติ

2. ปริมาณและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อครั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบันเท่ากับ 4.78 ดื่มมาตรฐาน โดยมีความถี่ในการดื่มอยู่ในช่วง 1-7 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 45.65 ในขณะที่การศึกษาพฤติกรรมการดื่ม

แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี (Mananchaya Sereewiwattana, 2016) พบจำนวนดื่มเฉลี่ยเพียง 2.78 ดื่มมาตรฐาน และมีความถี่ในการดื่มส่วนใหญ่ 2-3 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ30.5) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ มีปริมาณการดื่มและความถี่ที่สูงกว่า โดยลักษณะดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับความชุกในการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรทั่วไปที่ภาคเหนือมีมากกว่าภาคกลาง (ร้อยละ39.2 ต่อ ร้อยละ30.2) (Center for alcohol studies, 2558) นอกจากนั้นหากพิจารณาตามเกณฑ์กำหนดของแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ร้อยละ 80.43 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบันยังมีปริมาณการดื่มที่เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยจำแนกตามเพศเป็น ร้อยละ 92.59 ในเพศชายและร้อยละ 63.16 ในเพศหญิง ซึ่งหากสามารถจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานในเพศชาย และ 1 ดื่มมาตรฐานในเพศหญิงจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการลดความดัน Systolic ได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Society, 2015) ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางหรือนโยบายเพื่อควบคุม และลดปริมาณการดื่มดังกล่าวเพื่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ โดยพบค่ากลางของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ 4.1 ดื่มมาตรฐานในเพศชาย และ 1.6 ดื่มมาตรฐานในเพศหญิง นอกจากนั้นความถี่ในการดื่มของเพศชาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ73.73) ยังอยู่ที่ 1-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนเพศหญิง (ร้อยละ 57.89) มีความถี่ในการดื่ม 2-6 ครั้งต่อปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปีพ.ศ.2556 ที่พบว่าเพศชายมีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง 5 เท่า Center for alcohol studies, 2013) และสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาคเหนือ พ.ศ.2558 ซึ่งพบสัดส่วนของนักดื่มประจำหรือผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกสัปดาห์ร้อยละ 51.1 ในเพศชายและ ร้อยละ 16.0 ในเพศหญิง ฉะนั้นการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ เพศของผู้ป่วย เป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญโดยเฉพาะหากมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและเวลา

3. การพบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบันส่วนใหญ่ อยู่ในระดับผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinker) ร้อยละ 58.70 แสดงให้เห็นว่า แม้ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับที่ส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูงดังที่กล่าวไปข้างต้น แต่เมื่อพิจารณาจากรูปแบบพฤติกรรมการดื่มโดยรวมทั้งในด้านสุขภาพ จิตใจ สัมพันธภาพสังคมและการเกิดอุบัติเหตุแล้วยังไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียหายตามมาทั้งต่อตนเองและผู้อื่นอย่างมีความสำคัญทางสาธารณสุข (Phunnapa Kittirattanapaiboon, 2009) ในขณะที่การศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี (Mananchaya Sereewiwattana, 2016) ซึ่งมีผลปริมาณดื่มมาตรฐานและความถี่ในการดื่มต่ำกว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลับพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับผู้ดื่มแบบเสี่ยง(Hazardous drinking) มากที่สุด (ร้อยละ 47.80) โดยผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากปัจจัยสนับสนุนและบริบททางสังคมที่แตกต่างกันของชุมชนเมือง และชนบท ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมได้แตกต่างกัน เช่น การจราจรที่แออัดง่ายต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะเมาแล้วขับ หรือ ลักษณะและปริมาณภาระงานที่ทำให้การดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสรบกวนการทำงานได้มากกว่า เป็นต้น

4. จากการพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 35.71) ยังไม่รับรู้ถึงผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็นไม่แน่ใจจำนวน 28 ราย (ร้อยละ28.57) และไม่ทราบหรือเข้าใจผิดจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 7.14) โดยในกลุ่มที่ไม่ทราบหรือเข้าใจผิดนี้ล้วนเป็นนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการให้ความรู้ถึงผลของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพกับผู้ป่วย โดยควรจัดให้มีการสอนและเน้นยำความสำคัญของการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยทุกราย

5. สำหรับระดับการเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน พบว่ามีเพียง 12 ราย (ร้อยละ 26.09) ที่เริ่มลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์แล้ว โดยในกลุ่มที่ไม่ได้ลงมือกระทำส่วนใหญ่จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 36.96) อยู่ในขั้นตัดสินใจ(Preparation) ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มนี้และให้คำปรึกษาด้วยการเสริมแรงจูงใจ(Motivational Enhancement), ให้ทางเลือก (Menu of options) (Phunnapa Kittirattanapaiboon, 2010) เพื่อให้เกิดการเริ่มต้นลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นแนวทางที่ควรพัฒนาให้เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ง่ายต่อการผลักดันให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และหากทำสำเร็จจะเป็นการเพิ่มจำนวนผู้เริ่มลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้เป็นจำนวนมาก

สรุปผลการศึกษา

การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.เชียงแสน เป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ควรให้ความสำคัญ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังเป็นนักดื่มปัจจุบัน และร้อยละ 80 ของตัวอย่างกลุ่มนี้มีปริมาณการดื่มเกินมาตรฐานโดยเฉพาะในเพศชาย และเมื่อพิจารณาจากแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะตัดสินใจ ประกอบกับการที่ยังมีกลุ่มนักดื่มปัจจุบันส่วนหนึ่งที่ยังไม่ทราบถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์ การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตจึงควรเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ควรทำให้เกิดขึ้นโดยเร็ว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่ายังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะเพศชาย ยังมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินค่ามาตรฐาน และยังไม่ทราบถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยเสนอให้ควรมีการรณรงค์งดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคน และเสนอวิธีการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) หรือ การแนะนำแบบสั้น (Brief advice) ในผู้ป่วยที่มีประวัติยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้เวลาสั้น มีประสิทธิผลดี เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงในการดื่มของนักดื่มส่วนใหญ่ที่พบจากงานวิจัย และสามารถทำได้ในบริบทของสถานพยาบาลปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตและ ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและ วิธีการรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณการ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณนายแพทย์อิทธิพล ไชยถา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงแสน พยาบาลวิชาชีพอุไร หน่อแหวน พยาบาลวิชาชีพ

ชำนาญการ ผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อโรงพยาบาลเชียงแสน ที่ได้ช่วยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์และสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประกอบการศึกษาวิจัย ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Non Communicable Diseases. (2016). *Mortality situation of non-communicable disease and injuries in Thailand during 2015*. [online], Available: http://thaincd.com/information-statistic/non-commumicabledisease-data.php. (2017, 28 March). (in Thai).

Bureau of Non Communicable Diseases. (2016). *Campaign issue world hypertension day 2016*. [online], Available: http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicabledisease/ Issue of the campaign for high blood pressure day 2016.pdf. (2017, 28. March). (in Thai).

Center for alcohol studies. (2013). *The situation of alcohol consumption and effects in Thailand 2013*. Nonthaburi: The graphico system. (in Thai).

Center for alcohol studies. (2013). *Provincial Alcohol Report 2011.* Nonthaburi: The graphic system. (in Thai).

Center for alcohol studies. (2016). *The situation of alcohol consumption in northern Thailand 2015*. Bangkok: Duentula publisher. (in Thai).

Darunee phukao, et al. (2010). *The Contemplation Ladder. Motivational Interviewing and Motivational Enhancment Therapy: MI&MET.* Chiangmai: Integrated Management for Alcohol Intervention Program. 5-19-5-21. (in Thai).

James PA, et al. (2014). *Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8).*

Kazim Husain, et al. (2014). Alcohol-induced hypertension: Mechanism and prevention. *World Journal of Cardiology*. 6(5), 245-252.

Mananchaya Sereewiwattana. (2016). Association of alcohol consumption behaviors and clinical outcome among hypertension patient. *Journal of public health nursing*. 3(2), 81-97. (in Thai).

NCD Clinic, Chiang-sean hospital. *Patient data by Hosxp V.4.0. Chiangrai.* (in Thai).

Phunnapa Kittirattanapaiboon (2010). *Manual for practitioners: An approach to treatment of alcoholic patient in health system 2010*. Chiangmai: Integrated Management for Alcohol Intervention Program. 14-17. (in Thai).

Phunnapa Kittirattanapaiboon, Paritat Silpakit. (2009). *AUDIT (Thai version).* Chiangmai: Tantawanpaper. (in Thai).

Thai Hypertension Society. (2015). *Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension 2012 update 2015*. 6-30. (in Thai).

World Health Organization. (2015). *Global Health Observatory (GHO) data, Raised blood pressure*. [online], Available: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en. (2017, 28, March)

Mobilization in Districial Health Assembly toward District Health Board (DHB): Thoen District, Lampang Province

Kobkul Sawongtui,* Chumpol Duangdeewong**
Sornsil Mangkornkaew,*** Chompoonut Sangboonruang****

Abstract

Mobilizing the Health Assembly under the District Health Board (DHB) is the operation and mobilizing the participation of all sectors by using area-based and people centered approach. This qualitative research aimed to discover excellent results leading to examine successful factors of mobilizing the districial health assembly and the district health board, Thoen district, Lampang province. The sample were selected by purposive sampling, consisting of district health assembly leader team, 18 sub-district health promotion hospitals staff, the network of districial health assembly 75 cases. Collected data by brainstorming of core team and participant observation with open – ended - questions from November 2018 - January 2019. Data were valid and reliable by using data, investigator and methodological triangulation technique. Qualitative data were analyzed by content analysis

The study revealed that: the excellent results that leads to the success factor of operations were 1) Participation of network partners from all sectors in the operations, systematically search for problems of the area. 2) Accepting and participating in solving problems of the committee group by passing the agenda of the DHB. with concrete follow-up work by bringing the District Chief 3) A sense of belonging in the community problem together and co-operate in the area and realizing the problems of the district, which excellent results will lead to systematically link the participation of health care areas with health services at all levels

Keywords: Mobilization, Districial Health Assembly, District Health Board (DHB)

Registered Nurse, Senior Professional Level, Thoen Hospital, Lampang Province
*** *Public Health Executive, Public Health Office, Thoen District, Lampang Province*
*** *Public Health Executive, Serm Ngam District, Lampang Province*
**** *Public Health Technical Officer, Professional Level, Thoen District, Lampang Province*

การขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอสู่วาระ พชอ. : บริบทอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

กอบกุล สาวงศ์ตุ้ย,* ชุมพล ดวงดีวงศ์**
ศรศิลป์ มังกรแก้ว,* ชมพูนุช แสงบุญเรือง******

บทคัดย่อ

การขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพภายใต้การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นการดำเนินงานและขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน วิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผลงานเด่นที่นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอทุกระดับ ได้แก่ ทีมแกนนำสมัชชาสุขภาพอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง และภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดเวทีประชุมระดมความคิดทีมแกนนำ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ด้วยการใช้ประเด็นคำถาม ปลายเปิด ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 – มกราคม 2562 ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล(Data Triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผลงานเด่นที่นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการทำงานค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็นระบบ 2) การยอมรับและร่วมแก้ไขปัญหาของคณะทำงานโดยผ่านวาระ พชอ. ที่มีการติดตามงานอย่างเป็นรูปธรรมโดยการนำของนายอำเภอ 3) ความรู้สึกที่ชุมชมร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมดำเนินงานในพื้นที่เกิดความตื่นตัวและรับรู้สภาพปัญหาของอำเภออย่างแท้จริง ซึ่งผลงานเด่นที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การเชื่อมโยงแนวทางการมีส่วนร่วมของพื้นที่ในการการดูแลสุขภาพกับสถานบริการทุกระดับอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: การขับเคลื่อน, สมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลเถิน
**สาธารณสุขอำเภอเถิน, อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
***สาธารณสุขอำเภอเสริมงาม, อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง
****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

บทนำ

การพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ขับเคลื่อน ด้วยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในแต่ละอำเภอโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ตามแนวคิด "คนไทย ใส่ใจดูแลกัน" เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน นับเป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปที่มีความเชื่อมโยง ผสมผสานการดูแลสุขภาพของประชาชนให้เกิดความยั่งยืน (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2561) โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย มุ่งเน้นเป้าหมายของดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ร่วมกัน เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและเป็นการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาวะที่ดี (เกษร วงศ์มณี, 2560) โดยอาศัยกลไกการเงิน-การคลัง ควบคู่การบริหารจัดการทั้งกำลังคน โครงสร้างการดำเนินงาน มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ร่วมกันโดยมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Kitti Kanpirom, Kavalin Chuencharoensuk, Juthatip Pitak, 2017)

สำหรับการดำเนินงานภายใต้แนวคิด "คนอำเภอเดียวกัน ไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน" เป็นการดำเนินงานภายใต้การบริหารทรัพยากรที่มีการแบ่งปัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันผ่านกระบวนการดำเนินงานบนพื้นฐานของการบริหารจัดการ จัดสรร แบ่งปัน อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการ/การดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและทางสังคมที่มีคุณภาพผ่านกลไกการเชื่อมอย่างเป็นระบบระหว่างระบบในภาพรวมและระบบในภาพรวมของทั้งประเทศ และในระดับอำเภอกับประชาชน ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ร่วมในระดับนานาชาติ ตามคุณลักษณะของ "การมีพื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง" การที่จะดำเนินงานเชิงนโยบายได้ ต้องมีการทำงานบูรณาการกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จ และมีความยั่งยืน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2560) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการโดยใช้อำเภอเป็นฐานในการขับเคลื่อนให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งมิติทางสุขภาพ และมิติทางสังคม อันเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ไขปัญหา (Kitti Kanpirom, Kavalin Chuencharoensuk, Juthatip Pitak, 2017) นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและการส่งเสริมความร่วมมือของทุกภาคส่วนต่างๆ สร้างพื้นที่ของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ด้วยเป้าหมายของการทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรม " คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน" "คนไทยใส่ใจดูแลกัน Thailand Caring Society" ภายใต้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในอำเภอตามกระบวนการของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning : DHML) (Thailand Health Strategic Management Office, 2017)

อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 8 ตำบล 95 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลชุมชนทุติยภูมิระดับกลาง (M2) 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 18 แห่ง มีหมอครอบครัว (มอค). จำนวน 52 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1,530

คน มีการบริหารงานโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และมีการดำเนินงานการขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอสู่วาระ พชอ. ซึ่งเกิดขึ้นมาจากการที่อำเภอมีการขับเคลื่อนประเด็นสมัชชาสุขภาพ อำเภอเถิน มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี 2551 การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเถิน บูรณาการแผนการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย เชื่อมโยงกับแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) ออกแบบการทำงานโดยการใช้กระบวนการที่มีหมอครอบครัวสู่การจัดการระบบสุขภาพอำเภอในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ โดยการแต่งตั้งทีมแกนนำ (Core Team) มีภาคีเครือข่ายเป็นผู้ขับเคลื่อนงานและหนุนเสริมการทำงานทั้งระดับอำเภอและระดับพื้นที่ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเถิน (District Health System : DHS) อำเภอเถิน มีการขับเคลื่อนใน 4 ระดับ คือ ระดับครอบครัว (FHS) ระดับหมู่บ้าน (VHS) ระดับตำบล (THS) และระดับอำเภอ (DHS) โดยมีการทำงานที่ประสานกันทุกภาคส่วนโดยมีคณะทำงานที่เข้มแข็งแต่ละระดับ (Thoen district health office, 2017)

แม้ว่าการดำเนินงานการขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอสู่วาระ พชอ. จะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในระดับอำเภอหลายประเด็นก็ตาม แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการสรุปผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน และค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินการของสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงยังไม่มีการทบทวนหรือวางแผนดำเนินการในระยะยาว (road map) ที่จะขยายผลหรือต่อยอดโครงการในแต่ประเด็นในพื้นที่อย่างจริงจังที่นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จและต่อยอดสู่การดำเนินงานของ พชอ. ต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอสู่วาระ พชอ.: บริบทอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง เพื่อค้นหาผลงานเด่นที่นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง และนำสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อค้นหาผลงานเด่นที่นำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

นิยามศัพท์

การขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมายถึง การดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมจากสมัชชาสุขภาพอำเภอเถินเพื่อผลักดันเข้าสู่วาระของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอเถิน ซึ่งเป็นวาระการดำเนินงานในระดับอำเภอต่อไป ภายใต้กระบวนการดำเนินงานของ พชอ. ซึ่งประกอบด้วย อนุกรรมการตามประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน 6 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นแม่และเด็ก ประเด็นแอลกอฮอล์ ประเด็นออกกำลังกาย ประเด็นผู้สูงอายุ ประเด็นการจัดการขยะ และประเด็นมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาระดับอำเภอ และมีทีมแกนนำ (Core Team) ตามประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถินทั้ง 6 ประเด็น

สมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ หมายถึง เครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีการขับเคลื่อนโดยภาคี ในประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาของแต่ละพื้นที่ทั้ง 6 ประเด็น และประเด็นที่เป็นปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (Context Based Learning)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง คณะทำงานเพื่อดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเถิน จำนวน 21 คน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ที่จะร่วมขับเคลื่อนประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน จนเกิดเป็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานและค้นหาผลงานเด่นจากการขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 – มกราคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เกี่ยวข้องการดำเนินงานขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอทุกระดับและภาคประชาชน ได้แก่ ทีมแกนนำ (Core Team) 6 ประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเถิน สาธารณสุขอำเภอเถิน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 75 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือในสำนักงานสาธารณสุขพื้นที่ อำเภอเถิน 2) ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับ พชอ. ในพื้นที่ 3) ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ปี 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูล

ระดับ	กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ)	วิธีการเก็บข้อมูล
อำเภอ	Core Team 6 ประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน	เวทีประชุมระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ / รายงานการประชุม
ตำบล	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเถิน 18 แห่ง	เวทีประชุมระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ / รายงานการประชุม
ชุมชน	ภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องรายประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน	เวทีประชุมระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ / รายงานการประชุม

โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการดำเนินงานดังนี้

1. มีการจัดตั้งทีมนำรายประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน (Core Team) ทั้ง 6 ประเด็น ในการจัดการรายประเด็นอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
2. มีการประชุมทีมนำรายประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน (Core Team) ทั้ง 6 ประเด็นที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทุก 1 เดือน
3. มีการนำเสนอผลการจัดการรายประเด็น ทั้ง 6 ประเด็น ก่อนการนำเสนอประธานสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน
4. มีเวทีนำเสนอรายประเด็นเพื่อให้ประธานสมัชชาสุขภาพอำเภอเถินวิพากษ์ ปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำเสนอในเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน

5. มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอเถินครั้งที่ 5

6. การนำเสนอผลการดำเนินงานของ Core Team ทั้ง 6 ประเด็น แก่ประธาน พชอ. สาธารณสุขจังหวัด แกนนำระดับอำเภอ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

7. การพัฒนางานรายประเด็นต่อเนื่องในทั้ง 6 ประเด็น จนสามารถขยายผลการดำเนินงานให้พื้นที่อื่นๆนำไปศึกษาได้

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือ คือ รายงานการประชุม และผลลัพธ์จากเวทีประชุมระดมความคิด และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการนำเสนอในเวทีย่อยของทีมแกนนำ (Core Team) ทั้ง 6 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นแม่และเด็ก ประเด็นแอลกอฮอล์ ประเด็นออกกำลังกาย ประเด็นผู้สูงอายุ ประเด็นการจัดการขยะ และประเด็นมะเร็งเต้านม ก่อนนำเสนอในเวที สมัชชา – ประชารัฐ และจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานและนำข้อมูลที่เป็นผลงานเด่นในการขยายผลและพัฒนาต่อยอดในการดำเนินงานต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวประเด็นคำถามปลายเปิดในการประชุมเวทีระดมความคิดเห็น ได้ขอคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยได้พิจารณาในภาพรวมด้านความเหมาะสมด้านภาษาและความครอบคลุมสมบูรณ์ด้านเนื้อหา และผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเกี่ยวกับประเด็นเนื้อหาของการขับเคลื่อนของสมัชชาสุขภาพ และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งในด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการรวบรวมข้อสรุปจากการประชุมเวทีระดมความคิดเห็นของทีมแกนนำ (Core Team) ในแต่ละประเด็น ตามองค์ประกอบการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation) เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวทีประชุมระดมความคิดเห็นของทีมแกนนำ (Core team) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม รายงานการประชุม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

มาตรการจริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2561/48 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

จากการดำเนินงานการขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน มีผลงานเด่นที่เกิดขึ้นภายใต้สโลแกน สมัชชา – ประชารัฐ “มุ่งมั่น มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ได้ประเด็นในการนำสู่วาระ พชอ. 6 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นแม่และเด็ก ประเด็นแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น ประเด็นออกกำลังกาย ประเด็นผู้สูงอายุ ประเด็นการจัดการขยะ และประเด็นมะเร็งเต้านม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประเด็นแม่และเด็ก ในโครงการ มหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส (+) สภาพปัญหา จากการที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้เห็นความสำคัญของมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตทารกในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ จนถึงอายุ 2 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่โครงสร้างสมองมีการพัฒนาสูงสุด จึงเป็นโอกาสทอง ในการพัฒนาเด็กให้มีสุขภาพและศักยภาพที่ดีในอนาคต อำเภอเถินมีการพัฒนาต่อยอดจนถึงอายุ 6 ปี โดยจัดทำโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก 0-6 ปี เน้นการดูแลทั้งแม่และเด็กในเรื่อง ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และเด็กในเรื่อง เด็กเถิน เก่ง ดี มีสุข พัฒนาการสมวัย ได้ภาษาที่ 2 ในเรื่องพัฒนาการสมวัย ให้เด็กทุกคนได้รับการตรวจประเมิน/แก้ไข พัฒนาการให้สมวัย กระบวนการทำงาน มีการจัดระบบการให้บริการที่ครอบคลุม ทั่วถึง โดยใช้ระบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ส่งผลให้เด็กได้รับการคัดกรอง และกระตุ้นพัฒนาการครบ ร้อยละ 100 ส่วนเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ (Thai Early Development Assessment for Intervention : TEDAFI) ส่วนภาษาที่ 2 หมายถึงเด็กจะได้รับการส่งเสริมในเรื่องของการฝึกการพูดภาษาอังกฤษโดยครูพี่เลี้ยงในศูนย์เด็ก และผู้ปกครองที่มีครอบครัวเป็นคนต่างชาติ จะช่วยการสอนในศูนย์เด็ก ทำให้เด็กได้เรียนรู้ทักษะการพูดภาษาอังกฤษโดยตรงจากเจ้าของภาษา และสิ่งที่เป็นจุดเด่นของประเด็นนี้ คือ การที่ผู้ปกครอง ศูนย์เด็ก มีส่วนร่วมในการสังเกต การกระตุ้นพัฒนาการ การส่งต่อเมื่อสงสัยความผิดปกติด้านการพัฒนาการ ดังมีข้อมูลจากเวทีประชุมระดมความคิด ที่ระบุว่า

“การดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันพลัส เป็นการสร้างคุณภาพประชากรอำเภอเถินซึ่งจะทำให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพในอนาคต และในที่สุดประชาชนคนเถินจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

“ครูพี่เลี้ยงภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงาน มีโอกาสได้นำเสนอผลงานแก่ทีมจังหวัด ทีมนิเทศ ที่มาประเมินผลงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ะ”

“เป็นครูพี่เลี้ยงอยู่ศูนย์เด็กค่ะ ได้ตรวจพัฒนาการเบื้องต้น แล้วสงสัยพัฒนาการล่าช้า การมีระบบส่งต่อน้องๆในศูนย์เด็กเพื่อพบหมอเด็กของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ปกครองมั่นใจครูพี่เลี้ยงมากขึ้นค่ะ”

จากข้อความข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการเห็นคุณค่าในกิจกรรม/โครงการ ที่ได้ดำเนินการเป็นอย่างมาก และเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญในการพัฒนางานแม่และเด็ก

ภาพที่ 1 การประชุมทีมประเด็นแม่และเด็ก

2. ประเด็นแอลกอฮอล์ “ควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน” สภาพปัญหา อำเภอเถินมีอุบัติเหตุจากการจราจรสูงทุกปี แต่ละปีจะมีการเสียชีวิตและบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก ส่วนหนึ่งของผู้ประสบเหตุเป็นเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งไม่มีการสวมหมวกนิรภัย และพบว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย จากความสำคัญดังกล่าว อำเภอเถินจึงจำเป็นต้องมีมาตรการ ในการแก้ไขปัญหานี้ โดยกำหนดมาตรการลดอัตราตายด้วยอุบัติเหตุตุจากการจราจรทั้ง 2 ประเด็น คือ 1. การสวมหมวกนิรภัย และคาดเข็มขัดนิรภัย 2. การบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2560 ในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี

กระบวนการแก้ไขปัญหา คือ มีการนำประเด็นปัญหาพูดคุยในการประชุม Core Team และการประชุมคณะกรรมการ พชอ. การกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหา นำสู่วาระ พชอ. ให้เป็นวาระอำเภอ ดังมีข้อมูลจากเวทีประชุมระดมความคิดที่ระบุว่า

“การมีด่านชุมชนทุกตำบลสามารถช่วยในเรื่องการกวดขัน/ห้ามปราม เรื่องของการเมาไม่ขับ ช่วยลดอุบัติเหตุได้”

“มีนโยบาย โรงเรียนปลอดแอลกอฮอล์ ในทุกโรงเรียนน่าจะช่วยให้เยาวชนตระหนักถึงความปลอดภัยได้ ตอนนี้เรามีกลุ่มรณรงค์ ไม่สูบไม่ดื่ม ตำบลเวียงมอก เป็นตัวอย่างที่ดีได้”

“Core Team เรากำหนดนโยบาย ไม่ซื้อ ไม่ขาย ไม่ชวน เยาวชนคนเถินอายุต่ำกว่า 20 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วนำสู่วาระ พชอ. กำหนดเป็นวาระอำเภอไปเลย”

“เราต้องช่วยกันปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ว่า “ธุระไม่ใช่” เมื่อเห็นเยาวชนอายุต่ำกว่า20ปี ที่ไม่ใช่ลูกไม่ใช่หลาน หรือนักเรียนของตนเอง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์”

จากข้อความข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมสร้างมาตรการทางสังคม นโยบายสาธารณะในระดับชุมชน ที่จะช่วยให้การขับเคลื่อนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ 1) การกำหนดพื้นที่เสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุซ้ำซาก การจัดทำป้ายเตือนในจุดเสี่ยง 2) มีการตั้งด่านชุมชน ในช่วงเทศกาล งานประจำปี งานประเพณีในหมู่บ้าน ชุมชน 3) มีการจัดระเบียบการจราจรโดยเทศบาลล้อมแรด จัดระเบียบทางเท้า และวางแผนออกแบบถนนให้รถเดินทางเดียว 4) มีการสร้างเครือข่ายแจ้งข่าวตามพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี

คณะกรรมการรับแจ้งข่าว ได้แก่ ตำรวจ ปลัดฝ่ายปกครอง โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ 5) มีการสร้างเครือข่ายแจ้งข่าวของโรงพยาบาลเถิน และสถานศึกษาทุกแห่ง

ภาพที่ 2 การประชุมทีมประเด็นแอลกอฮอล์

3. ประเด็นออกกำลังกาย "เมืองเถิน เมืองออกกำลังกาย" เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สภาพปัญหา อำเภอเถินมีอัตราป่วยด้วยโรค NCD สูง โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ที่เหมาะสมของอำเภอเถินมีร้อยละ 54 และพบว่าประชาชนมีค่า BMI เกินมาตรฐานเป็นจำนวนมาก และประชาชนอำเภอเถินอยู่ในภาวะไม่ออกกำลังกาย จึงเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และการเกิดโรค NCD จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดที่จะให้ประชาชนอำเภอเถินได้มีการออกกำลังกาย และนำเข้าวาระ พชอ. เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในประชาชนทั่วไป โดยมีคณะกรรมการ พชอ. คอยกำกับดูแล มีการสร้างเวทีสาธารณะให้คนเถินตื่นตัวเรื่องการออกกำลังกาย และเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน ดังมีข้อมูลจากเวทีประชุมระดมความคิดที่ระบุว่า

"การออกกำลังกายมีประโยชน์ สามารถปรับใช้ได้ทุกกลุ่มวัย ป้องกันการเกิดโรคที่ป้องกันได้"

"ควรมีการผลักดันเข้าวาระ พชอ. นายอำเภอเป็นประธาน น่าจะทำได้ต่อเนื่อง ยั่งยืน ถ้าประกาศเป็นวาระอำเภอ เป็นนโยบายสาธารณะของอำเภอเถิน"

จากข้อความข้างต้น แสดงให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ ที่ช่วยกระตุ้นให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายเพื่อลดการเกิดโรค NCD รวมถึงการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณในการร่วมขับเคลื่อน/กระตุ้น/ส่งเสริม ให้มีเวทีแสดงออก การมีชมรมออกกำลังกาย เพื่อเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อโรค

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ มีการขับเคลื่อนการออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCD ในทุกหมู่บ้าน และมีการจัดประกวดเต้นบาสโลป (การเต้นลีลาสร้างสุขภาพ) อำเภอเถิน โดยการจัดเวทีให้ประชาชนได้ได้แก่ การจัดประกวดเต้นบาสโลปของผู้สูงอายุตำบลเวียงมอก และระดับอำเภอ จะมีการประกวดในงานประจำปี 1ครั้ง จำนวน 11 ทีม (ร้อยละ 11.58) ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 8 ตำบล (ร้อยละ 100) ใช้เวลาในการจัดประกวดรวม 2 วัน โดยเทศบาลล้อมแรดเป็นเจ้าภาพ ที่สำคัญ มี

ชมรมออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน มีการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ 3 ตำบล คือ ตำบลแม่วะ ตำบลนาโป่ง และตำบลเถินบุรี

ภาพที่ 3 การประชุมทีมประเด็นออกกำลังกาย

4. ประเด็นผู้สูงอายุ “เหลียวหลัง แลหน้า จาวเถินก้าวอย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีคุณภาพ” จากสภาพปัญหา อำเภอเถินมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 26 (จาก Type 1-3) ซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) การเตรียมความพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีประเด็นการพัฒนา ทั้งในเรื่องของการผลักดันให้เกิดชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน การจัดทำตำบล Long Term Care : LTC การตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล สิ่งที่ต้องการเห็นในประเด็นผู้สูงอายุคือ “ผู้สูงอายุ อำเภอเถิน แก่อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีคุณภาพ” รับกับนโยบายระดับประเทศ ในหัวข้อ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ด้วยการมีสุขภาพดี การรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะเป็นหลักยึดเหนี่ยวของครอบครัว และสามารถพึ่งตนเองได้ทั้งในส่วนของรายได้ และด้านเศรษฐกิจ ดังมีข้อมูลจากเวทีประชุมระดมความคิดที่ระบุว่า

“เรามีต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในตำบลแม่วะอยู่แล้ว ถ้าเราช่วยกันผลักดันให้มีทุกตำบล จะเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุบ้านเรา จะได้ไม่เป็นภาระลูกหลาน”

“เฮาต้องช่วยกันผลักดันหื้อคนแก่บ้านเฮา เป็นอย่างคำขวัญที่ว่า “ผู้สูงอายุ อำเภอเถิน แก่อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีคุณภาพ” นอกจากจะดีกับตั๋วเฮา ยังดีต่อครอบครัว ชุมชน ว่าเฮาพึ่งตัวเองได้”

“โรงเรียนสอนเฮาทั้งความรู้ด้านวิชาชีพ ด้านการดูแลตนเอง ลดภาระลูกหลาน เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ”

“ครูสอนทำลูกประคบสมุนไพร เอาไปต่อยอดเป็นรายได้เสริมต่อได้ สมุนไพรบ้านเฮามีนักบ่าต้องไปซื้อ ลดรายจ่ายครอบครัว”

จากข้อความข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การดำเนินกิจกรรมในผู้สูงอายุ เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพของตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ ลดภาระของครอบครัว

ผลลัพธ์คือ 1) มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ตำบล Long Term Care : LTC) ครบ 8 ตำบลเกิดการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ให้มีหมอครอบครัว (มอค.) และ Care Giver (CG) ดูแลทุกครอบครัวจากการดูแลอย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดเตียง สามารถกลับมาเป็น

ผู้สูงอายุที่ติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ร้อยละ 5.8 และผู้สูงอายุที่ติดบ้านสามารถกลับมาเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม ร้อยละ 33.32 (รายงานการดำเนินงานโครงการ Long Term Care เดือนมิถุนายน 2561) 2) การสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุทั้งระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล และระดับอำเภอ สำหรับระดับหมู่บ้านมีการทำกิจกรรมเข้มแข็ง ต่อเนื่อง ขยายจาก 54 หมู่บ้านเป็น 95 หมู่บ้าน (ร้อยละ 100) 3) การเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ รวม 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่วะ ตำบลล้อมแรด ตำบลนาโป่ง และตำบลแม่ปะ ที่สำคัญ ตำบลเวียงมอก ได้พัฒนาให้มีธรรมนูญสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุ ตำบลเวียงมอกขึ้น เป็นการดำเนินงานโดยชุมชนตามบริบทของพื้นที่ ส่วนตำบลเถินบุรีวางแผนในการเปิดเป็นสถาบันผู้สูงอายุ

ภาพที่ 4 การประชุมทีมประเด็นผู้สูงอายุ

5. ประเด็นการจัดการขยะ "เมืองเถิน เมืองสะอาด" จากสภาพปัญหา ขยะล้นเมือง การกำจัดขยะไม่ถูกต้อง การระบาดของไข้เลือดออก ปัญหามลพิษจากไฟไหม้กองขยะ การใช้โฟมเป็นภาชนะบรรจุอาหาร จากการประชุมคณะกรรมการ พชอ. มีแนวคิดที่จะทำให้เมืองเถินเป็นเมืองสะอาด จึงได้มีแนวทางในการปฏิบัติ โดยการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีนโยบายในการบริหารจัดการขยะอย่างถูกต้อง ใช้หลักการ 3R (Reuse Reduce Recycle) การคัดแยกขยะ การกำจัดขยะที่ถูกต้อง แบ่งเป็นขยะมีพิษ ขยะติดเชื้อ ขยะทั่วไป และขยะอันตราย ให้มีการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง พื้นที่ดำเนินการคือท้องถิ่น ชุมชน หมู่บ้าน
ดังมีข้อมูลจากเวทีประชุมระดมความคิดที่ระบุว่า

“ปัญหาการทิ้งขยะไม่ถูกที่ รบกวนสภาพแวดล้อมบ้านเรามากๆค่ะ ส่งกลิ่นรบกวนด้วย ควรมีมาตรการที่เด็ดขาด บ้านเราจะได้สะอาดค่ะ”

“ร้านค้ายังใช้โฟมบรรจุอาหาร เพื่อลดต้นทุน แต่คนที่ได้รับผลกระทบคือผู้บริโภค โฟมยังเป็นเศษขยะ ที่สำคัญยังเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอีก เราควรช่วยกันทุกวิถีทางให้บ้านเราปลอดโฟม หน่วยงานของรัฐควรทำเป็นตัวอย่าง”

จากข้อความข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน รวมถึงครัวเรือนในชุมชนที่จะร่วมขับเคลื่อนให้เมืองเถิน เป็นเมืองสะอาด ร่วมไปกับการเลิกใช้โฟมบรรจุอาหาร ทำให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงาน และเห็นความสำคัญของงานการจัดการขยะที่จะช่วยให้ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย น่าอยู่

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 1) นโยบายการจัดการขยะ ได้แก่ ตำบลล้อมแรด มีนโยบาย “หน้าบ้านปลอดถังขยะ” โดยไม่มีไม่มีถังขยะวางไว้ตามขอบถนนหน้าบ้าน ตำบลแม่มอก ประกาศเป็นตำบลปลอดขยะ (Zero Waste) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง มีนโยบายให้ทุกครัวเรือนทำหลุมขยะเปียก/ส่งเสริมการทำปุ๋ยหมัก เกิดธนาคารขยะในโรงเรียนเถินวิทยา มีการรับซื้อขยะจากนักเรียน 2) นโยบายปลอดโฟม ลดการเกิดมะเร็ง มีการรณรงค์ลด ละ เลิก การใช้โฟมบรรจุอาหารในประชาชน สำหรับข้าราชการมีนโยบายให้เลิกใช้โฟม โดยให้หน่วยงานของรัฐเป็นต้นแบบ ส่งเสริมให้ร้านเปลี่ยนจากโฟมเป็นกล่องกระดาษ สำหรับตลาดสดให้เลิกใช้โฟม

ภาพที่ 5 การประชุมทีมประเด็นการจัดการขยะ

6. ประเด็นมะเร็งเต้านม จากสภาพปัญหา อำเภอเถิน พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกปี และมักพบในระยะสุดท้าย ซึ่งยากต่อการรักษา คณะกรรมการ พชอ. จึงจำเป็นที่จะให้มีการดำเนินงานให้สตรีอำเภอเถินปลอดจากมะเร็งเต้านม โดยมุ่งให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และสามารถปฏิบัติตัวในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Exam : BSE) ได้ถูกต้อง ดังมีข้อมูลจากเวทีประชุมระดมความคิดที่ระบุว่า

“มะเร็งเป็นภัยร้ายต่อสตรี การตรวจเต้านมเบื้องต้นด้วยตนเอง จะช่วยในการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ปัญหาของบ้านเราคือ กลุ่มเป้าหมายยังขาดทักษะในการตรวจ ถ้าสามารถ

ผลักดันให้เป็นวาระสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน เพื่อนำสู่วาระ พชอ. จะช่วยเหลือกลุ่มสตรีที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และลดความเสี่ยงจากมะเร็งเต้านมได้”

“การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายรู้จักการดูแลตนเอง (Self-Care) เป็นหลักการสำคัญในการสอนการดูแลตนเอง การค้นหาความเสี่ยงจากโรค ลดการสูญเสียเมื่อเกิดโรค ถ้าเราช่วยกันทำให้เกิดเป็นนโยบายระดับอำเภอ จะช่วยลดความสูญเสียได้ทั้งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน”

จากข้อความข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความตระหนักของชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในเรื่องการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักการดูแลตนเอง ลดภาระในการดูแลของครอบครัวเมื่อเกิดโรค

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การทดลองโครงการนำร่องที่ตำบลเถินบุรี ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญ และเสนอให้เป็นวาระ พชอ. ผลลัพธ์การดำเนินงาน สามารถขยายผลในตำบลอื่นจนครบ 8 ตำบล (ร้อยละ 100) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้และทักษะในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญพบว่า หลังการได้รับความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มเป้าหมายสามารถตรวจและสงสัยมะเร็งเต้านมระยะแรก มีการส่งต่อโรงพยาบาลเถิน และได้รับการส่งต่ออย่างเป็นระบบ สามารถรักษาทันและหาย จำนวน 3 ราย

ภาพที่ 6 การประชุมทีมประเด็นมะเร็งเต้านม

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาจากเวทีสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอที่มีผลงานเด่นทั้ง 6 ประเด็น สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการทำงานค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็นระบบ จากผลการดำเนินงานการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน เป็นการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เกิดการขับเคลื่อนประเด็นที่ทุกภาคส่วนยอมรับ และร่วมแก้ไขซึ่งต่างจากการดำเนินงานครั้งที่ผ่านมา สำหรับประเด็นสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน ทั้ง 6 ประเด็นที่มีการนำสู่วาระ พชอ. เกิดจากการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของทีมแกนนำ (Core Team) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง

สอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เข้มแข็งจะต้องมีการบริหารจัดการและการทำงานที่เป็นเอกภาพ (Unity of District Health Team) มุ่งเป้าที่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่อยู่บนฐานของการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential-Care) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของชุมชน (Self-Care) มีการแบ่งปันทรัพยากรซึ่งกันและกันในพหุภาคี (Resource Sharing) ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีการดำเนินงานที่นำไปสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้มากขึ้นโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (เกษร วงศ์มณี และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2560) ซึ่งสอดรับกับแนวคิดของการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ว่า พชอ. เป็นการปฏิรูปการทำงานใหม่ โดยเน้นการกระจายอำนาจให้ชุมชนและเอกชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการจัดการกับปัญหาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ และรัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนมากกว่าการควบคุมกำกับ เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง “ตามแนวทางประชารัฐ” (Surakiat Achananuparp, 2013)

นอกจากนี้ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนเวทีสมัชชาสุขภาพอำเภอเถิน สู่วาระ พชอ. เกิดผลดีด้านการทำงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม เกิดความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาที่ได้รับการผลักดันจากเวทีสมัชชาสุขภาพและเป็นประเด็นปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานแต่ละประเด็น สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา นันทะเสน (2560) ที่ศึกษา การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินชี้ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัยสำคัญ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project :ODOP)) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ดังจะเห็นได้จากประเด็นประเด็นแม่และเด็ก เกิดนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขเรื่องลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัย เน้นส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลตำบลเถินบุรี สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีการจัดตู้เย็นสำหรับเก็บนมแม่ในหน่วยงาน ทำให้สะดวกต่อมารดาในการให้นมลูกจนครบเกณฑ์

2) การยอมรับและร่วมแก้ไขปัญหาของคณะทำงานโดยผ่านวาระคณะกรรมการ พชอ. ที่มีการติดตามงานอย่างเป็นรูปธรรมโดยการนำของนายอำเภอซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ พชอ. โดยมีระบบการติดตามการดำเนินงานทุกประเด็นผ่านคณะอนุกรรมการ พชอ. อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อดีการเกิดผลงานเด่นในรายประเด็นและพัฒนาจนเป็นนโยบายระดับอำเภอ และบางประเด็นสามารถขยายผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด เช่น ประเด็นมะเร็งเต้านม เป็นต้น การดำเนินงานและมีการติดตามอย่างเป็นระบบโดยนายอำเภอเป็นประธานซึ่งจะช่วยให้เกิดการกำหนดเข็มมุ่งในการปรับปรุงและพัฒนาปัจจัยพื้นฐานในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนมากขึ้น เพราะการทำงานโดยมีนายอำเภอเป็นผู้ควบคุมระบบ การติดตามจะเอื้ออำนวยต่อผลสำเร็จของการดำเนินงาน พชอ. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ (2560) ที่พบว่า คณะทำงานและการบริหารจัดการที่เน้นโครงสร้างการบริหารงานระดับ

อำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน จะมีศักยภาพในการเชื้อเชิญและเชื่อมโยงนโยบายและพันธกิจให้หน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นไปตามแนวคิด พชอ. ทั้งนี้การพัฒนากลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ควรพัฒนาต่อเนื่องไปตามบริบทสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนในพื้นที่ที่แปรไปตามสภาวะสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม (Surakiat Achananuparp, 2013) ภายใต้การบริหารจัดการโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

3) ความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมดำเนินงานของประชาชนในพื้นที่ (Sense of Belonging in The Community Problem) โดยความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนนั้นเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อชุมชนและบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยบุคคลจะมีความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่อาศัยอยู่ มีความรู้สึกผูกพันต่อบุคคลอื่นในชุมชน รวมทั้งมีค่านิยม ความเชื่อและมีความสนใจที่คล้ายคลึงกัน (Prezza, M., & Osrantin, S., 1998) ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวและรับรู้สภาพปัญหาของพื้นที่อย่างแท้จริงและร่วมดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนประสบอยู่ หากชุมชนใดสามารถสร้างให้คนในชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน การดำเนินงาน พชอ. ก็จะเป็นสิ่งที่กระทำได้และมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ เจียรวิวัฒนวงศ์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาการเรียนรู้เชิงบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอและทีมหมอครอบครัวในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านคุณภาพ: สุขสำราญ ห่วงใยกัน ด้วยทีมหมอครอบครัว พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคน ผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) ทำให้เห็นรูปแบบการมีส่วนร่วมในรูปเครือข่ายทุกภาคส่วนชัดเจนยิ่งขึ้นผ่านการเรียนรู้แบบใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Learning: CBL) ซึ่งภาคประชาชนที่เป็นทีมผู้เรียนได้ร่วมเรียนรู้กับทีมสุขภาพ ทำให้ยิ่งเกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลสุขภาพว่า การดูแลสุขภาพไม่ใช่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นความรู้สึกของการเป็นเจ้าของปัญหาและมีภาคประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อการดำเนินการที่ยั่งยืนและอาจนำไปสู่การสร้างโมเดลต้นแบบของการดำเนินงานที่สร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่ในการการดูแลสุขภาพกับสถานบริการทุกระดับอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขยายผลการดำเนินงานให้พื้นที่อื่นได้ศึกษาและนำไปพัฒนาต่อยอด

2. พื้นที่ที่มีผลงานเด่นควรจัดให้เป็นพื้นที่ต้นแบบสำหรับศึกษาดูงาน เพื่อให้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

Chakkraphan Phetphum, et al. (2017).Guideline of district health system development for Diabetic holistic care with action research in Thap Than district, Uthai Thani province. The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. 24(2), 78-89. (in Thai).

Keson Vongmanee, Narongsak Noosorn. (2017). Lessons Learned District Health System Model for Health Promotion District in Mental Health Lomsak District Phetchaboon Province .Journal of Nursing and Health Care. 35(2): 232-241. (in Thai).

Kitti Kanpirom, Kavalin Chuencharoensuk, Juthatip Pitak. (2017). Primary care service in Thailand after 5 Years of being driven by the District Health System. *Buddhachinaraj Medical Journal* .34(3): 294-306. (in Thai).

Naowarat Chienwiwattanawong, et al.(2016).Integrated Learning of District Health System (DHS) and Family Care Team (FCT) to Develop Health Service Networks Using the Quality Home Visiting Program: Suksumran Caring Society with Family Care Team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 3(2): 1-16. (in Thai).

Prezza, M., & Osrantin, S. (1998). Sense of community and life satisfaction: Investigation in three different territorial contexts. Journal of Community & Applied Social Psychology.8, 181-194.

Surakiat Achananuparp. (2013). *Guidelines for the development of district health Networks for sustainable community health systems development. Clinic journal.* 337(1). (in Thai).

Thailand Health Strategic Management Office. (2017). *Guide for Consideration Regulations of the Office of the Prime Minister on Area Quality of Life Development 2017.* Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King visits. (in Thai).

Thoen district health office. (2017). *Final Report of* District Health Board (DHB): Thoen District. *Lampang: Thoen District Health Office.* (in Thai).

Wattana Nuntasen (2015). Evaluation of development on District Health System (DHS) in Mahasarakham Provincial Public Health Office. *Research and development health system journal.* 7(3),105-113. (in Thai).

Effects of Self-Regulation Program by Alcohol Drinking Reduction among Elder Person in Soem Sai Sub-district, Soem Ngam District, Lampang Province

Nukoon Nusuk*

Abstract

This research is quasi-experimental research carried out to effects of self-regulation program by alcohol drinking reduction among elder person in Soem Sai sub-district, Soem Ngam district, Lampang province. The samples in this study were elder person. The 60 samples were divided into an experimental group and a control group in each group there were 30 samples. The sampling method was simple random sampling. The experimental group participated in a program to reduce alcohol drinking behavior in elder person. The program included activities to reduce alcohol drinking behavior among elder person as fellow: 1) self-observation 2) judgment process 3) self-reaction. The time for joining the program was six times and then compared the average of mean score of self-regulation and alcohol drinking behavior both between and within groups by repeated measures ANOVA.

The study found that elder person in experimental group, the difference in average scores of self- regulation and scores of alcohol drinking behavior in before and after involved program was statistically significant at .05 level. In experimental group and control group, the difference in average scores of self- regulation and scores of alcohol drinking behavior in before and after involved program was statistically significant at .05 level as well. When analyzed by using repeated measure ANOVA showed that: the experimental group had an average score of self- regulation and alcohol drinking behavior increased significantly at level of 0.05 (P-value <0.001)

Keywords: Self-regulation, Alcohol drinking, Elder person

* *Public Health Technical Officer, Ban Tha Pong Sub-district Health Promoting Hospital*

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

นุกูล หนูสุข*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ พื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตของตนเอง 2) กระบวนการตัดสิน 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 8 และ12 มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองและพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ที่ระยะหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทำการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลอง ครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001)

คำสำคัญ: การกำกับตนเอง, พฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์, ผู้สูงอายุ

* *นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโป่ง*

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกปีละประมาณ 3.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.9 และทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years; DALYs) ร้อยละ 5.1 ของภาระโรคทั่วโลก โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคกว่า 200 โรค (WHO, 2014) ซึ่งจากการจัดอันดับประเทศที่มีผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดของ Euro monitor บริษัทวิจัยทางการตลาด พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศอันดับ 4 ที่ติดอันดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในลำดับต้นของโลก (Ukrist, P., et al., 2016) และจากผลการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยทั้งประเทศ ปี 2554 พบว่า ในเพศหญิงและชาย ช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการดื่มสุราจำนวน 1,363,005 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ถึงร้อยละ 10 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555 อ้างถึงใน สุกัญญา ฆารสนธิ์ และคณะ, 2560) และเมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้สูงอายุในปี 2556 กับปี 2557 พบว่า อัตราการดื่มในกลุ่มผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 2.2 (Audomsak, C., 2014) ซึ่งจากผลการสำรวจการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2558 พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน (อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว และคณะ, 2559) โดยจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พบว่าภาคเหนือมีอัตราการบริโภคหรือสัดส่วนของนักดื่มสูงถึงร้อยละ 39.4 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ (Surasak, C., Kannapon, P., & Thaksaphon, T., 2013)

จังหวัดลำปาง เป็น 1 ใน 10 จังหวัดที่มีความเสี่ยงสูง มีอัตราการดื่มสูงที่สุดในประเทศติดต่อกันมาหลายปี (Surasak, C., Kannapon, P., & Thaksaphon, T., 2013) ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ดื่มเองโดยพบว่า เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ในอันดับต้นหลายโรคด้วยกัน เช่น โรคหลอดเลือด สมอง (stroke) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (traffic accidents) เบาหวาน (diabetes) การติดสุรา (alcohol dependence) โรคเอดส์ (HIV/AIDS) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) มะเร็งตับ (liver cancer) และโรคซึมเศร้า (depression) (Thomas FB, 2010 อ้างถึงใน สมภพ เมืองชื่นและคณะ, 2560) และมีผลกระทบต่อผู้อื่น (Alcohol’s Harm to Others) โดยผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นนอกจากผู้ดื่มมักมีลักษณะตามรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น กรณีผู้ดื่มเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือ คนแปลกหน้า ผลกระทบมีหลากหลายระดับครอบคลุมตั้งแต่ความรุนแรงในระดับเล็กน้อย เช่น การรู้สึกรำคาญใจจนถึงผลกระทบที่รุนแรงมาก เช่น การถูกทำร้ายเสียชีวิต เป็นต้น (Orratai, W., Thaksaphon, T., & Jintana J., 2014) ประกอบกับการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (Alcohol Policy at every Settings) เป็นยุทธศาสตร์ย่อย 1 ใน 5 ของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2555 ถึง 2564 ซึ่งพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม พบผู้สูงอายุดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 183 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 678 คน คิดเป็นร้อยละ 26.99 (Health Data Center: HDC, 2018)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ของกัลยา โสนทองและคณะ (2561) พบว่า ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคะแนนเฉลี่ยทักษะในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงของประชาชนวัยทำงานในอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ของวรรณดี ทัดเทียมดาว และคณะ (2556) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาการดื่มสุราในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านสุขภาพตนเอง ครอบครัวและสังคม การหาแนวทางแก้ไขปัญหานี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการค้นคว้าทดลองหาวิธีการที่เหมาะสม โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเอง (self-regulation) ซึ่งมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์เรานั้นไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่ามนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ด้วยผลกรรมที่เขาหามาเอง เพื่อตัวเขา เรียกว่าเป็นการกำกับตนเอง (A. Bandura, 1986) มาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ พื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

2.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน โดยมีคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยมีคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ โดยประเมินผลการกำกับตนเองและการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 2) ด้านประชากร คือผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปางมีจำนวนทั้งหมด 183 คน 3) ด้านพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2561

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ในลักษณะการศึกษาแบบ 2 กลุ่มตัวอย่าง วัดซ้ำหลายครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปางมีจำนวนทั้งหมด 183 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้เกณฑ์ของเด็มเซ่และเด็มเซ่ (Dempsey and Dempsey, 1992) ที่แนะนำว่าการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างควรมีขั้นต่ำ 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยตำบลเสริมซ้าย มีทั้งหมด 10 หมู่บ้าน สุ่มได้หมู่บ้านที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ หมู่ 5 บ้านท่าโป่ง และสุ่มได้หมู่บ้านที่ใช้เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ หมู่ 2 บ้านสบแม่ทำ มีระยะห่างกันระหว่างหมู่ 5 กับหมู่ 2 มากกว่า 5 กิโลเมตร เพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างได้พบและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน (Contaminated effect) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง
2. สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้
3. มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยและร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด
4. มีภูมิลำเนาอยู่ใน ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโปรแกรมบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัย
2. ผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโปรแกรมย้ายถิ่นที่อยู่ขณะทำการวิจัย

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่ม (Two group pre – post Test design) วัดซ้ำเกินกว่า 2 ครั้งเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่กำหนดโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2	....O3 (4 สัปดาห์)	....O4 (8 สัปดาห์)	....O5 (12 สัปดาห์)
กลุ่มควบคุม	O1		O2	....O3 (4 สัปดาห์)	....O4 (8 สัปดาห์)	....O5 (12 สัปดาห์)

O1 หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง ครั้งที่ 1

O3 หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 (หลังการวัดครั้งที่ 1 4 สัปดาห์)

O4 หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง ครั้งที่ 3 (หลังการวัดครั้งที่ 1 8 สัปดาห์)

O5 หมายถึง การวัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง ครั้งที่ 4 (หลังการวัดครั้งที่ 1 12 สัปดาห์)

X หมายถึง โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ และชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชุดที่ 1 โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (A. Bandura, 1986) ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุประกอบไปด้วย 3 ประการ คือ 1) กระบวนการสังเกตของตนเอง 2) กระบวนการตัดสิน 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ดังนี้กระบวนการสังเกตของตนเอง (สัปดาห์ที่ 1)

1. การวัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้าโปรแกรม เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและความต้องการทางสุขภาพ รวมถึงการตั้งเป้าหมายการฝึกปฏิบัติให้เหมาะสม

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง แล้วช่วยกันวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันละกัน

3. การกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพตนเองและสังคมจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประโยชน์ต่อสุขภาพจากการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กระบวนการตัดสินใจ (สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5)

4. กระบวนการสร้างความรู้ โดยการกระตุ้นให้ทบทวนประสบการณ์ของตนเองกลุ่มย่อย นำเสนอวีดีทัศน์เรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการสะท้อนคิดและได้ข้อเตือนสติในการปฏิบัติตัว

5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงสถานการณ์การดื่มในพื้นที่ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายการลดการดื่มแอลกอฮอล์

6. การจัดการอารมณ์และความเครียด โดยการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์สมมุติกลุ่มใหญ่ พร้อมทั้งเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการฝึกทักษะปฏิเสธ

7. การประกวดต้นแบบด้านการลดการดื่มแอลกอฮอล์ มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ

8. การฝึกจิต ผ่านกิจกรรมดนตรีบำบัด การออกกำลังกาย การสวดมนต์และแผ่เมตตา

9. การกำหนดมาตรการด้านการลดการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (สัปดาห์ที่ 6)

10. การให้กำลังใจและชมเชยกลุ่มตัวอย่างในการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมต่างๆ ภายในกลุ่ม

11. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนผลที่เกิดขึ้นภายหลังลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

12. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดการกำกับตนเองของการลดการดื่มแอลกอฮอล์และแบบวัดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบวัดการกำกับตนเองของการลดการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อวัดการกำกับตนเองของการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 13 ข้อเป็นคำถามปลายปิดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับการปฏิบัติของการกำกับตนเองของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประกอบด้วย 3 ระดับดังนี้ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง ปฏิบัติไม่ได้ มีคะแนนเต็ม 39 คะแนนมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติได้ทุกครั้ง	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติไม่ได้	1 คะแนน	3 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา(Alcohol Use Identification Test (AUDIT))(WHO, 2001)ประกอบด้วยข้อคำถามแบบ check list จำนวน 9 ข้อ โดยแต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบและแต่ละคำตอบจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน มีคะแนนเต็ม 36 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับนิยามตัวแปรโดยมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.80 ถึง 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ตำบลเสริมกลาง อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คนจากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการกำกับตนเองของการลดการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha coefficient) เท่ากับ 0.73 และ0.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติ Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวและให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจและชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)				
60 – 64 ปี	15	50.0	14	46.67
65 – 69 ปี	9	30.0	11	36.67
70 – 74 ปี	5	16.67	3	10.0
75 – 79 ปี	1	3.33	2	6.66
	$\overline{X}$ = 65.37, S.D.= 4.46		$\overline{X}$ = 65.57, S.D.= 4.56	
สถานภาพสมรส				
สมรส	22	73.3	24	80.0
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	26.6	6	20.0
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียน	6	20.0	8	26.7
ประถมศึกษา	21	70.0	19	63.3
มัธยมศึกษา	3	10.0	3	10.0

จากตารางที่ 1 พบว่า อายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 60 – 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และร้อยละ 46.67 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65 ปีสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรมสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.3 และร้อยละ 80.0 รองลงมามีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.7 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 63.3รองลงมาไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และร้อยละ 26.7 และมีระดับ

การศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเพื่อเข้าสังคม คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมามีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์อื่นๆ เพื่อนชักชวน/ดื่มตามเพื่อนและอยากลอง คิดเป็นร้อยละ 46.7 20.0 และ 3.3 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ เพื่อนชักชวน/ดื่มตามเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมามีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ คือ อยากลอง เพื่อเข้าสังคม คลายเครียด/ลดความวิตกกังวล อื่นๆ รู้สึกเบื่อหน่าย ผิดหวังเรื่องความรัก ว่างงานเท่ากับปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 43.3 26.7 20.0 13.3 10.0 6.7 และ 3.3 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมามีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยง พบประระหว่างเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 6.7 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมามีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยง มีคนชวน งานบุญประเพณีต่างๆ พบประระหว่างเพื่อนและอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 90.0 86.7 66.7 43.3 และ 6.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ระยะก่อนทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
การกำกับตนเอง					
กลุ่มทดลอง	24.63	3.22	0.225	58	0.823
กลุ่มควบคุม	24.37	5.63			
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์					
กลุ่มทดลอง	10.60	1.19	-0.105	58	0.917
กลุ่มควบคุม	10.63	1.27			

จากตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 24.63 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 24.37 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 10.60 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 10.63 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ระยะหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
การกำกับตนเอง					
กลุ่มทดลอง	32.07	1.48	6.542	32.620	<0.001*
กลุ่มควบคุม	24.77	5.93			
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์					
กลุ่มทดลอง	17.17	3.54	6.647	56.191	<0.001*
กลุ่มควบคุม	11.57	2.96			

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 32.07 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 24.77 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 17.17 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง 11.57 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนทดลอง		หลังทดลองครั้งที่ 1		t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
การกำกับตนเอง							
กลุ่มทดลอง (n=30)	24.63	3.22	32.07	1.48	12.588	29	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=30)	24.37	5.63	24.77	5.93	-0.918	29	0.366
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์							
กลุ่มทดลอง (n=30)	10.60	1.19	17.17	3.54	-9.971	29	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=30)	10.63	1.27	11.57	2.96	-1.544	29	0.133

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเอง พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 24.63 คะแนนและหลังทดลองครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 32.07 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และในกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 24.37 คะแนนและหลังทดลองครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 24.77 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 10.60 คะแนนและหลังทดลองครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 17.17 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 10.63 คะแนนและหลังทดลองครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 11.57 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 (N=30)

ปัจจัยที่ศึกษา	**ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)**					F	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 1	หลังทดลองครั้งที่ 2	หลังทดลองครั้งที่ 3	หลังทดลองครั้งที่ 4		
การกำกับตนเอง	24.63 (3.22)	32.07 (1.48)	29.03 (3.51)	28.77 (2.99)	27.40 (2.49)	25.389	<0.001*
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	10.60 (1.19)	17.17 (3.54)	16.83 (5.33)	16.40 (3.75)	15.67 (3.57)	15.057	<0.001*

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการทดลองครั้งที่ 1($\overline{X}$ = 32.07, S.D.= 1.48) และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($\overline{X}$ = 17.17, S.D.= 3.54)

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันโดยมีคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4) และมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ตามโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) ซึ่งอธิบายได้ว่า

จากการประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเอง (self-regulation) มาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพและพฤติกรรมยังคงอยู่จนสิ้นสุดการวิจัยโดยผ่านกระบวนการกำกับตนเองตั้งแต่สร้างความตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมต่อสุขภาพและสังคม และสร้างกระบวนการสังเกตตนเองว่าตนเองกำลังทำพฤติกรรมอะไรที่ทำลายสุขภาพอยู่ นำผลการกำกับตนเองไปสู่กระบวนการตัดสินใจโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านทักษะในการตัดสินใจและจากนั้นนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนอง คือ การลดการดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อค้นพบดังกล่าว โปรแกรมจึงมีความเหมาะสมกับการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันท์พัสพร สุขสานต์และคณะ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคและขนาดรอบเอวของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของขนาดรอบเอวของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์พร ปัญญาเลิศ และคณะ (2560) ศึกษาการกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองชะโด จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการกำกับตนเองร่วมกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดีขึ้นส่งผลให้น้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

สมมุติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันโดยมีคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระยะหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการ

กำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อมีการจัดโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของการกำกับตนเอง ก่อนทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ สามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ลยานันท์ (2555) ศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการกำกับตนเองของบุคลากร ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน โรงพยาบาลเลิดสินพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 3อ. ที่ถูกต้อง เพิ่มมากขึ้นจาก 10.60 เป็น 19.57 และเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุม สามารถลด ภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน ได้ ส่งผลให้ค่า BMI เส้นรอบเอว และค่าไขมันในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพิณญา คงเจริญ และคณะ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญและภายหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซิลโตลิคและไดแอสโตลิค รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอด เลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีจัดกิจกรรมการกระตุ้นเตือนการดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลต่างๆ เป็นทุก 1 เดือน เพื่อให้การคงอยู่ของการพฤติกรรมและการกำกับตนเอง
2. ควรมีการนำโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองในผู้สูงอายุ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีปัญหาในลักษณะใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

A.Bandura. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social cognitive theory.* New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Audomsak, C. (2014). *Statistics of Trend Alcohol Drinking in Thai population.* [online], Available: http://cas.or.th/wpcontent/uploads/2016/04/Alcconsumption-statistics-Thailand-10y.pdf. (2018, 15 January).

Audomsak, C., Pontep, V., & Savitree, A. (2016).*Facts and Figures: Alcohol in Thailand.* Nonthaburi: Center of Alcohol Studies.

Dempsey, P.A. & Dempsey, A. D. (1992). *Nursing research with basic statistical applications*. (3rd ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Health Data Center (HDC). (2018). *Older adults who choose to drink alcohol*. [online], Available: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?catid= 6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48. (2018, 15 January).

Kanlaya, S., Ann, J., Arpaporn, P., & Sukhontha, S. (2018). The Effects of Reduced Alcohol Consumption Behavior Program in Adulthood. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, Chanthaburi. 29(1), 78-91. (in Thai).

Nanpassaporn, S., & Jiraporn, K. (2017). Effects of Promotion Self-Regulation Program on Eating Behaviors and Waist Circumference in Older Patients with Obese Diabetes. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 44(3), 85-102. (in Thai)

Orratai, W., Thaksaphon, T., & Jintana J. (2014). Alcohol's Harm to Others in Thailand: Concept, Situation and Gap in Knowledge. *Journal of Health Systems Research*. 8(2), 111-119. (in Thai).

Phorntip, L. (2012). Effectiveness of Self-Regulation for Health Behavior Change in Personnel with Obesity Risk, Lerdsin Hospital. *Journal of Nursing Division*. 39(3), 21-37. (in Thai).

Sompob, M., Jirapa, C., & Supansa, W. (2017). Effectiveness of the Integration Treatment Program for People with Alcohol Abuse in Chiangmuan Hospital, Phayao Province. *Region 4-5 Medical Journal*. 36(2), 89-100. (in Thai).

Sukanya, K., Jirawan, T., & Jaynrob, P. (2017). *Alcohol-drinking behavior of grandparents rearing children under 5 years old in one district Khon Kaen province.* [online], Available: http://jes.rtu.ac.th/rtunc2017/pdf/OHS_195_full.pdf. (2018,2 January).

Supinya, K., Chodchoi, W., & Teeranut, H. (2013). Effects of a Self-Regulation Program for Blood Pressure Control on Self-Regulation Behaviors, Blood Pressure Level and Stroke Risk among Thai Muslim with Hypertension. *Nursing Journal*. 40(1), 23-33. (in Thai).

Surasak, C., Kannapon, P., & Thaksaphon, T. (2013). *Provincial Alcohol Report 2011*. Nonthaburi: Center of Alcohol Studies.

Suriporn, P., Nirat, I., & Warakorn, K. (2017). Self-Regulation to Promote Dietary and Exercise Behaviors of Type II Diabetic Patients of Ban-Nongchado Sub-District Health Promoting Hospital, Suphanburi Province. *Journal of Health Education*. 40(1), 69-81. (in Thai).

Ukrist, P., et al. (2016). *The country's alcohol production industry In ASEAN, there are opportunities and trends affecting Thailand*. [online], Available: http://www.cas.or.th/wp-content/uploads/2016/02/ebook-AEC-Alcohol.pdf. (2018, 2 January).

Wandee, T., Chuleekorn, D., Pongsakorn, L., & Duangporn, H. (2018). Effects of Brief Intervention on hazardous drinking behaviors among working age, Sungmen District, Phare Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*.7(2), 55-62. (in Thai).

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. [online], Available: http://www.who.int/substance_abuse/ publications/global_alcohol_report/en/. (2018, 15 January).

The Study of Age-Friendly Primary Health Care: Case Study of Primary Care Cluster, Ban Si Muat Klao Sub District Health Promoting Hospital, Mueang District, Lampang Province

Srisang WannaKul*

Abstract

This research aimed to study service conditions, problems and needs including guidelines for age-friendly primary health care systems at primary care cluster, Ban Si Muat Klao sub-district health promoting hospital, Mueang, Lampang. The participants were community committee, village health volunteers, elderly and their family, the staff of Ban Si Muat Klao sub-district health promoting hospital 21 people. Data were collected by in-depth interviews, focus group discussions and document reviews. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The finding of this study revealed that 1) primary care cluster services that are friendly to the elderly: respect and acceptance of value, social participation, community support and health services, proactive service equality and equality. The problems and needs for development, including 1.1) providing services specifically for the elderly such as providing additional proportional locations, creating a safe environment in clinics and at home, the transportation system is conducive to service. 1.2) providing health knowledge appropriate to the elderly to reduce dependency 1.3) demand for fund and grants. 2) Development guidelines include 2.1) should plan the development of a service system that is specific to the elderly with a proper physical environment adjustment, peace, close to nature. 2.2) providing transportation systems for elderly vehicles can conveniently travel to get services easily. 2.3) adjusting housing conditions for some families with problems 2.4) education health information including the introduction of innovation using local wisdom to apply to the elderly in groups that are not healthy and there are physical limitations to reduce dependency. 2.5) Provision of funds additional help welfare as well as the necessary equipment or increase employment to earn income. Under the awareness of service policy that is friendly to the elderly with participation from all sectors in the community, increasing the empowerment of the elderly and encouraging the positive attitude of the working group in the community by focusing on the management that is based on the benefits of participation as the location, to create a health service system that is friendly to the elderly continuously and sustainably

Keywords: Primary health care systems, Age-friendly service, Primary care cluster

* *Plan and Policy Analyst, Expert Level, Lampang Provincial Health Office*

การศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ศรีสอางค์ วรรณกูล*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการ รวมถึงแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ตามแนวคิดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า จำนวน 21 คน และการศึกษาเอกสาร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) การบริการคลินิกหมอครอบครัวที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีความครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ การให้ความเคารพและยอมรับในคุณค่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ การให้บริการเชิงรุก การให้ความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยมีปัญหาและความต้องการพัฒนา ได้แก่ 1.1) การจัดบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานที่เพิ่มเติมที่เป็นสัดส่วน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในคลินิกและที่บ้าน การจัดระบบขนส่งที่เอื้อต่อการเดินทางมารับบริการ 1.2) การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลดการพึ่งพา 1.3) ความต้องการด้านการจัดหากองทุนและเงินช่วยเหลือ 2) แนวทางในการพัฒนา ประกอบด้วย 2.1) ควรวางแผนการพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน มีความสงบ ใกล้ชิดธรรมชาติ 2.2) การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถสะดวกเดินทางมารับบริการได้สะดวก 2.3) การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา 2.4) การให้ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ รวมถึงการนำนวัตกรรม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงและมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเพื่อลดการพึ่งพาให้น้อยลง 2.5) การจัดหากองทุน สวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นหรือเพิ่มการจ้างงานเพื่อหารายได้เสริมภายใต้การสร้างความตื่นตัวในเรื่องนโยบายการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชนโดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนร่วมเป็นที่ตั้ง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, ความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, คลินิกหมอครอบครัว

* *นักวิเคราะห์นโยบายและแผน เชี่ยวชาญ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง*

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็น "สังคมสูงวัย" (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (Super aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (Department of Health, 2011) ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาเรื่องการเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง โรคเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทยตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนเป็นผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาทางด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ในรอบหลายปีที่ผ่านมา 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย มีรายได้อยู่ใต้เส้นความยากจน แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากบุตร ร้อยละ 34.7 มากที่สุด รองลงมา คือ จากการทำงานของผู้สูงอายุเอง ร้อยละ 31 และได้รับจากเบี้ยยังชีพของทางราชการ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ ร้อยละ 20 โดยผู้สูงอายุชายมีรายได้เฉลี่ยต่อปี สูงกว่าหญิง และความเพียงพอของรายได้ ที่ได้รับโดยให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองโดยไม่ใช้จำนวนเงินมาเป็นเกณฑ์วัด พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 50.3 ผู้สูงอายุตอบว่ามีรายได้เพียงพอ และมีร้อยละ 18.5 ที่ตอบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพ (Department of Health, 2011) ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 6 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 11 ในปี 2560 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 21 ในปี 2560 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเหล่านี้อาจจัดอยู่ในกลุ่ม "ประชากรเปราะบาง" ได้

การปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพ ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ เพราะเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดสามารถเข้าถึงสุขภาพของประชาชนได้ง่ายและใช้ต้นทุนต่ำ ที่มุ่งให้บริการเชิงรุกการเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับผิดชอบ และสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อรวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็งโดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เป็นการตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่12 (พ.ศ. 2560 –พ.ศ. 2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ เสริมศักยภาพของคนในชุมชนเพิ่มความรู้เพิ่มทักษะและเพิ่มการดูแลตนเองให้ถูกต้อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญที่จะได้ใช้ประโยชน์จากคลินิกหมอครอบครัวสามารถลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและได้รับบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับแนวคิดการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

สำหรับการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกซึ่งการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ภายใต้ระบบการดูแลที่ดี

ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ 1) ผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly health care providers) 2) ระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly service system) และ 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly environment) โดยมีองค์ประกอบย่อย 8 ประการ ได้แก่ อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces & buildings)ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) ที่อยู่อาศัย (Housing) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ (Communication & Information) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services) (WHO, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นประเทศไทยโดยมีหลักการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาซึ่งพบว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนา คือ 1) ทัศนคติในเชิงบวกของทีมผู้ร่วมวิจัย 2) การบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ร่วมกัน 3) ทุนทางสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา และ 4) การมีพยาบาลเฉพาะทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุเข้าสู่ชุมชน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้มีการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hoontrakul D., et al., 2008)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดลำปาง พบว่า จำนวนประชากรมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากร 746,547 คน และจำนวนผู้สูงอายุ 155,241 คน คิดเป็นร้อยละ 20.79 แสดงว่า จังหวัดลาปางเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยถึงการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวศรีหมวดเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองที่มีความหลากหลายของคนที่อาศัยในชุมชน รวมทั้งสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 9,586 คน มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 2,300 คน คิดเป็นร้อยละ 23.99 (HDC, 2562) ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว และโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้บริการผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โดยมีการจัดคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง การส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ แต่ทั้งนี้การดำเนินการยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ การบริการส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการที่หน่วยบริการมากกว่าการให้บริการที่บ้านหรือในชุมชน (เชิงรับมากกว่าเชิงรุก) ทำให้เกิดความแออัดในหน่วยบริการ ใช้เวลานานในการรอรับบริการ เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการได้ และการบริการยังมุ่งเน้นที่การดูแลเฉพาะโรค เช่น โรคเรื้อรังมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า, 2562) ดังนั้น ในระบบบริการสาธารณสุข จึงต้องมีการจัดระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่จะต้องเผชิญ โดยคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) และการจัดระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นตามหลักแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงได้มีศึกษาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปางขึ้น เพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและหาแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดย

นำหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและหลักการเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle) มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ได้รับการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

1. สภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นอย่างไร

2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ควรมีการดำเนินการอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้านคือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งเพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 21 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.บ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2561 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2562

นิยามศัพท์

การบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

การบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หมายถึง บริการสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุบนพื้นฐานของแนวคิดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การให้ความเคารพและการยอมรับ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก ระบบขนส่งและ

ยานพาหนะ ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตพื้นที่การให้บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่เรียกว่า “คลินิกหมอครอบครัว”หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.การสัมภาษณ์ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 10 คน ได้แก่ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากร รพ.สต.บ้านศรีหมวดเกล้า ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีส่วนร่วมดำเนินการงานและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง สามารถให้ข้อมูลที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) จำนวน 11 คน โดยคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่

3. การศึกษาเอกสาร (Document reviews) เป็นการศึกษาโดยการทบทวนแนวความคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการศึกษาข้อมูลจากเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวกับโครงการการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เอกสารที่เกี่ยวกับบทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานผู้สูงอายุ เป็นต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล คือ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้าที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ บทบาทหน้าที่ในชุมชน เบอร์โทรติดต่อ สถานที่สัมภาษณ์และ วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพของการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน และสิ่งที่ต้องการพัฒนาให้เกิดขึ้นในระบบบริการเพื่อการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในด้านวิจัยเชิงคุณภาพและความรู้ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ สภาพการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ปัญหาความต้องการและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความเหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีการตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงด้านข้อมูลว่ามีความครบถ้วน และมีหลักฐานสนับสนุนอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า โดยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อทำให้ผลการศึกษามีความถูกต้อง เที่ยงตรง เชื่อถือได้ไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. การตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงด้านข้อมูลว่ามีความครบถ้วน พอเพียงของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) (Denzin, 1970) ด้านข้อมูล โดยนำข้อมูลทั้งในรูปแบบเอกสารและผลการสัมภาษณ์ที่บันทึก เก็บรวบรวมมาได้จากแหล่งต่างๆ ที่มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านเวลา สถานที่และจากตัวบุคคล ด้านผู้วิจัยโดยการเปลี่ยนตัวผู้สัมภาษณ์หากมีสถานการณ์วิกฤตหรือไม่ได้รับความร่วมมือ ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยจัดให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่มาจากแหล่งที่มาต่างๆ โดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร หรือใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์แบบ แล้วนำผลการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบซึ่งกันและกัน

2. การตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงในการสรุปและตีความข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการโดยประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร และการจดบันทึกผลการสัมภาษณ์มาเขียนอธิบายสถานการณ์อย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งจัดทำข้อสรุปผลการศึกษา และนำข้อมูลที่ได้จากการตีความนี้ไปทำการสอบถามแหล่งข้อมูลอีกครั้งหนึ่งในระหว่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทั้งนี้เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการวิเคราะห์

3. การตรวจสอบความถูกต้อง เที่ยงตรงตามกรอบแนวคิดทฤษฎี โดยพยายามรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดต่างๆ ทั้งในส่วนของประเด็นวิเคราะห์และข้อมูลความคิดเห็น

การพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการศึกษาโดยโครงร่างการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เพื่อพิจารณาขออนุญาตในการทำการศึกษา หลังจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการศึกษา การบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อและจะใช้วิธีการทำเป็นรหัสแทน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม เป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการชี้แจงว่า สามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้กำหนดแนวทาง ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารทางวิชาการ ข้อมูลของพื้นที่ในคลินิกครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เตรียมการสัมภาษณ์ ขอความร่วมมือในการวิจัย แจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์และประเด็นที่จะสัมภาษณ์ แจ้งวัตถุประสงค์ การให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ 3) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สมบูรณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบตามที่กำหนด 4)รวบรวมข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดกลุ่มเนื้อหาหลักที่มีความหมายสอดคล้องใกล้เคียงกันตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออกเพื่อนำมาเรียบเรียงตอบคำถามตามประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปสู่การเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน ดังนั้น ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการตอบประเด็นสัมภาษณ์ (Interview Research) และข้อมูลจากเอกสารต่างๆ (Document Research) ถูกนำมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในแง่ต่างๆ ตามข้อเท็จจริง ทั้งในเชิงเหตุและผลและนำไปสู่คำตอบในการศึกษา

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ทุนและศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุจากการ วิจัยเอกสารของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ รายจ่าย แหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน การวางแผนเรื่องการเงินระยะยาว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ แสดงดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ รายจ่าย แหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน การวางแผนเรื่องการเงิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรฯ การมองเห็น การได้ยิน โรคประจำตัว (n=917)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ			
	หญิง	510	55.62
	ชาย	407	44.38
อายุ			
	60-69	482	52.56
	70-79	314	34.24
	80-89	109	11.89
	90 ปีขึ้นไป	12	1.31
สถานภาพสมรส			
	โสด	33	3.60
	คู่สมรส	547	59.65
	หม้าย	27	2.94
	หย่าร้าง	310	33.81

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ รายจ่าย แหล่งช่วยเหลือ การวางแผนเรื่องการเงิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรฯ การมองเห็น การได้ยิน โรคประจำตัว (n=917)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การศึกษาสูงสุด			
	ประถมศึกษา	599	65.32
	มัธยมศึกษา	45	4.91
	ปริญญาตรีและสูงกว่าขึ้นไป	28	3.05
	ไม่ได้เรียนและไม่รู้หนังสือ	245	26.72
รายได้ต่อเดือน(บาท)			
	2,000-4,000	524	57.14
	4,001-8,000	105	11.45
	>8,001 บาทขึ้นไป	79	8.62
	ไม่มีรายได้	209	22.79
รายจ่ายต่อเดือน(บาท)			
	2,000-4,000	508	55.40
	4,001-8,000	88	9.60
	>8,001 บาทขึ้นไป	50	5.45
	ไม่มีรายได้	271	29.55
แหล่งช่วยเหลือด้านการเงินอาจมาจากหลายแหล่งพร้อมๆ กัน			
	คู่สมรส	181	13.45
	บุตร/หลาน	628	46.66
	สวัสดิการจากรัฐ	460	34.18
	บำเหน็จ/บำนาญ	40	2.97
	อื่น ๆ (ซื้อหวย/ลงทุน ฯลฯ)	37	2.75
การวางแผนเรื่องการเงินระยะยาว			
	ไม่มีการวางแผน	635	68.43
	มีเงินฝากธนาคาร	180	19.40
	ทำประกันชีวิต	45	4.85
	สลากออมสิน/กองทุน	68	7.33
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
	ช่วยเหลือตัวเองสังคมได้	630	68.70
	ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	261	28.46
	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	26	2.84
ความสามารถในการมองเห็น			
	มองเห็นชัดเจน	755	82.33
	มัว มองไม่ชัดเจน	158	17.23
	มองไม่เห็น	4	0.44

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ รายจ่าย แหล่งช่วยเหลือ การวางแผนเรื่องการเงิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรฯ การมองเห็น การได้ยิน โรคประจำตัว (n=917)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความสามารถในการได้ยิน			
	ชัดเจนดี	806	87.90
	ไม่ชัด	98	10.69
	ไม่ได้ยิน	13	1.42
โรคประจำตัว			
	ความดันโลหิตสูง	202	22.03
	เบาหวาน	39	4.25
	ไขมันในเลือดสูง	10	1.09
	ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน	226	24.65
	โรคหัวใจ	26	2.84
	อื่นๆ (หอบหืด,มะเร็ง,จิตเวช)	72	7.85
	ไม่มีโรคประจำตัว	342	37.30

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (44.38%) เป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุดถึง 482 คน (52.56%) สถานภาพสมรส คู่สมรส จำนวน 547 คน (59.65%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 599 คน (65.32%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพที่ก่อเกิดรายได้เลี้ยงชีพ 514 คน (56.05%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 2,000 – 4,000 บาท จำนวน 524 คน (57.14%) มีรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 2,000 – 4,000 บาท จำนวน 508 คน (55.39%) ผู้ดูแลพักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ 771 คน (84.07%) แหล่ง/ผู้ช่วยเหลือด้านการเงินได้รับมาจากบุตรหลาน 628 คน (46.66%) ไม่มีการวางแผนเรื่องการเงินเพื่อดูแลตัวเองในระยะยาว สูงถึง 635 คน (68.43%) สำหรับด้านสุขภาพ จากตารางแสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่พร้อมช่วยเหลือตนเองได้และสามารถช่วยผู้อื่นและสังคม 630 คน (68.70%) รองลงมาคือช่วยเหลือได้บ้างบางส่วน จำนวน 261 คน (28.46%) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 202 คน (22.03%)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล ประเภทความพิการ อุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพา การเข้าถึงบริการรักษา ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ และประเภทผู้ดูแล (n=917)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สิทธิด้านรักษาพยาบาล			
	สิทธิบัตรทอง	740	80.70
	สิทธิเบิกได้จากข้าราชการ	123	13.41
	ประกันสุขภาพของเอกชน	17	1.85
	ไม่มี/ไม่ทราบ	37	4.03
ประเภทความพิการ			
	ทางการเคลื่อนไหว	42	4.58
	ทางหู	25	2.73
	ทางตา	7	0.76
	ทางสมอง	4	0.44
	ไม่มีความพิการ	790	86.15
	ไม่ยอมให้ข้อมูล	49	5.34
อุปกรณ์ที่ต้องพึ่งพา			
	แว่นตา	114	12.43
	ฟันปลอม	76	8.29
	อุปกรณ์ช่วยเดิน(ไม้เท้า/สี่ขา)	41	4.47
	ฟันปลอมและแว่นตา	20	2.18
	เครื่องช่วยฟัง	16	1.74
	รถเข็น	8	0.87
	ไม่ได้ใช้	642	70.01
การเข้าถึงบริการรักษา			
	ไปด้วยตนเอง	218	23.77
	คนในครอบครัวไปส่ง	696	75.90
	หน่วยงานไปส่ง	2	0.22
	เพื่อนบ้านไปส่ง	1	0.11
ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	คนในครอบครัว	771	57.49
	รพ.สต.	507	37.81
	เพื่อนบ้าน	50	3.73
	อปท.(อบต./เทศบาล)	9	0.67
	ไม่มีผู้ดูแลหลัก	4	0.30
ประเภทผู้ดูแล			
	อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	771	84.08
	ไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	142	15.49
	ไม่มีผู้ดูแล	4	0.44

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสิทธิด้านรักษาพยาบาล (การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิที่รัฐดูแล คือบัตรทอง จำนวน 740 คน (80.69%) ประเภทความพิการพบว่าไม่มีความพิการ จำนวน 790 คน (80.70 %) แต่กลุ่มที่มีความพิการส่วนใหญ่เป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวถึง 42 คน (4.58%) สำหรับวัสดุอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยพึ่งพาในชีวิตประจำวัน มากที่สุด คือ แว่นตา จำนวน 114 คน (12.43%)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม จากกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ได้ผลการศึกษา ดังนี้

1. สภาพการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาจนถึงในปัจจุบัน พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมามีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1.1 กิจกรรมงานประเพณีของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีประเป็นการทำกิจกรรมตามงานประเพณีของชุมชน ที่ควรทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะ สร้างสัมพันธภาพต่อกัน คลายความเหงา และกิจกรรมต่างๆ ก็เป็นการให้เกียรติให้คุณค่าและเคารพผู้สูงอายุ ดังที่ประธานชุมชน พูดว่า

“กระผมเองเป็นประธานชุมชนมา 5 ปีแล้ว ที่ผ่านมา ก็ได้คิดค้นอะไรๆหลายๆอย่าง มีบางอย่างก็เป็นคนรุ่นใหม่นำมาดำเนินงานร่วมบ้าง สิ่งดีๆ ในชมรม เช่น งานประจำปีประเพณีวันพ่อและวันแม่เป็นหลัก ไม่มีงบ ผ้าป่า คนเฒ่าเปิ้นขอเลยว่าบ่อย่าให้ล้มหาย เปิ้นมาเปิ้นม่วน เปิ้นได้รำวง พบปะคนในชุมชนเดียวกัน ต่างคนต่างอยู่ก็เหงา บางคนลูกก็ไม่ได้อยู่ด้วย อยากให้มาพบปะกัน เราก็มีความสุขที่เห็นท่านยิ้ม”

“งานประเพณี รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ เราทำทุกปี มิให้ขาด เป็นการแสดงออกถึงการเคารพผู้สูงอายุและทำให้ท่านมีความสุข และเราก็มีความสุขไปด้วย”

“จะมีการทำกิจกรรมทุกวันพฤหัสของเดือน หลังวัดศรีปงชัย เรียนรู้ด้วยกัน มีอะหยังก็ช่วยกัน ในชมรมมีสมาชิก 55 คน อดีตเก็บเงินในชมรมเดือนละ 10 บาท เอาไว้เยี่ยมเมื่อยามเจ็บป่วย ถ้าตายให้ 1000 บาท”

นอกจากนี้ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ยังได้พูดถึงการให้คุณค่าผู้สูงอายุไว้ว่า

“มีประกาศนียบัตรให้คนที่มอบเงินให้ผู้สูงอายุมากที่สุด เป็นตัวอย่างชื่นชมคนทำดีให้กับผู้สูงอายุ ตกน้ำไม่ไหล ตกไฟไม่ไหม้ ซึ่งปี 61 ทำให้ได้เงินมากขึ้น มีความซื่อสัตย์ ในการชี้แจงสมุดรายรับ รายจ่ายในที่ประชุมใหญ่ประจำปี ให้เกียรติ เคารพ ซึ่งกันและกัน”

“วันพระมีการปฏิบัติธรรม ส่วนเงินรายได้ต่างๆ จะเน้นเรื่องการดูแลผู้เสียชีวิตมากกว่าเรียกเก็บเงินสมาชิกรายละ 20 บาทสมาชิกมีประมาณ 748 คน ได้ทั้งหมดหมื่นกว่าๆ จะหักเข้าชมรม 10% ใช้บริหารชมรม”

1.2 กิจกรรมการเยี่ยมผู้สูงอายุสัญจร การออกกำลังกายและการปฏิบัติธรรมวันพระ ซึ่งพบว่า ที่ผ่านมามีโครงการหลักและกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกปี โดยตัวแทนผู้สูงอายุพูดว่า

“โครงการหลักๆ ของที่นี่ คือ เยี่ยมผู้สูงอายุสัญจรของชมรมเองโดยเน้นนักในวันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันแม่ 12 สิงหา และวันพ่อ 5 ธันวา รวมถึงมีการออกกำลังกายรูปแบบรำวงย้อนยุค การประกอบเพลงต่างๆ ไทยเก๊ก รำไม้พอง วันพระมีการปฏิบัติธรรม ชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดงานผู้สูงอายุแห่งชาติประจำปี จัดงานสิ้นปี มีการขอต้นเงินคนละต้นๆ ประมาณ 10 ต้น เอาไปรวมกันที่จัดงาน ถึงเวลาก็รวบรวมให้พระมาทำพิธีถวายทาน ความดีของประธานผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ แล้วแต่วาระโอกาส กิจกรรมหลักๆ

ของหมู่บ้านคือ รดน้ำดำหัวทำเป็นประจำทุกปี ซึ่งทำต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 เริ่มแรกไม่ได้มีงบประมาณใดๆ ข้าวปลาอาหารก็ช่วยๆกันเอามาแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งในปัจจุบันได้งบจากการทำโครงการ สปสช.”

2. ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว พบว่า มีปัญหาและความต้องการใน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านความร่วมมือในการทำงาน ด้านความต้องการพัฒนากองทุนและความช่วยเหลือด้านสิ่งของและอุปกรณ์ต่างๆ ดังที่ ตัวแทนกรรมการชุมชนให้ข้อมูลว่า

ด้านสุขภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุคือไม่แข็งแรง อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,อสม. มาดูแลช่วยเหลือให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อลดการพึ่งพา

“ต้องการความช่วยเหลือความรู้ด้านสุขภาพ จากอสม./รพ.สต. เนื่องจากผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บแข้ง เจ็บขา ไม่สบาย จะได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง”

“ที่นอนลมได้ล่าช้า ตายไปบ่ได้ใช้สักกำ”

“อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพเยอะๆ เท่าที่ทำอยู่ก็ดีแล้วครับ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ยังต้องการความช่วยเหลืออยู่อีกเยอะต้องขอบคุณด้วย”

“อยากได้แว่นสายตา เพื่ออ่านหนังสือ”

“อยากย้ายเครื่องออกกำลังกายในชุมชน บางพื้นที่ตากแดดไม่ได้ใช้ประโยชน์ น่าจะมีหลังคา”

ด้านความร่วมมือในการทำงาน พบว่าขาดความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการทำงานในชมรมของผู้สูงอายุ อยากให้ชมรมเข้มแข็งเพราะยังไม่สามัคคีกัน อยากให้คนอายุน้อยเข้ามาช่วยในชมรมผู้สูงอายุ

“มีผู้สูงอายุมาก แต่ชมรมไม่ค่อยสามัคคี มีกลุ่มเดิมๆที่ทำกิจกรรม อยากขอคำแนะนำว่าจะทำให้ชมรมเข้มแข็ง”

“ผู้สูงอายุมีมาก คนร่วมกิจกรรมน้อย ยังไม่สามัคคีกัน”

“ปัญหาความร่วมมือ แบ่งพรรค แบ่งพวก โครงการไหนถูกใจก็มา ไม่ถูกใจก็ไม่มา การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงขอให้หมอช่วยไปก่อน คุยไว้ว่าจะไปเยี่ยมเดือนละครั้ง แต่ยังไม่เยี่ยมสักครั้ง เนื่องจากทีมเยี่ยมไม่พร้อม เงินบริจาคเน้นไปลงที่ป่าช้ามากกว่า ไม่ได้เน้นคนอยู่ คงต้องมาช่วยเรื่องที่นอนลมบ้าง กองทุนสาธารณประโยชน์ได้ไปช่วยทางวัดมากกว่า ปีต่อไปน่าจะเอามาช่วย รพ.สต.ซื้อกายอุปกรณ์”

“ส่วนมากจะอยู่ต่างบ้าน เป็นเจ้าของหอพัก ไม่ได้อยู่ประจำ ชุมชนอ่อนแอ จะทำกิจกรรมก็ไม่ค่อยสะดวก ลำบาก เน้นทำกิจกรรมในงานประเพณี เน้นความสามัคคี ห่อข้าวไปกินด้วยกัน “อยากกินหยัง กะห่อไปกินโตยกันเด้อ” เงินสมาชิกเก็บคนละ 20 บาท มีสมาชิก 120 กว่าคน บางคนไม่เข้าใจเป็นสมาชิกมานานละ ทำไมได้เงินน้อย ปัจจุบันเก็บคนละ 30 บาท คนในชุมชนมีน้อยทำให้ยากต่อการพัฒนา การเยี่ยมสมาชิกผู้สูงอายุ ถ้าระยะทางใกล้ๆไปได้ ถ้าไกลๆไปไม่ถึง จะลาออกเนื่องจากอยากเอาคนหนุ่มๆมาเป็นแทนประธานชุมชนขอให้อยู่ต่ออีกสัก 1-2 ปี ออกกำลังกายมีส่วนน้อย เนื่องจากไปลำบาก เป็นอุปสรรค เนื่องจากปวดหัวเข่า ไปฟังหมอให้ความรู้เรื่องสุขภาพกาย และจิต เขาก็ยังมาอยู่”

ทุกภาคส่วนในชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ก็พบปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้นำจะพบในบางกลุ่ม ในบางพื้นที่ ดังตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้าพูดว่า

“ในเรื่องความร่วมมือในการทำงาน ทุกๆ คนช่วยเหลือกันดี เพียงแต่อยากให้ผู้นำบางท่านในพื้นที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มอีกหน่อยจะดีมาก จริงๆ มีเพียงส่วนน้อยนะ ไม่ใช่ส่วนใหญ่ รวมถึง

ประชาชนบางคนในพื้นที่ด้วย บางคนมองเฉย แต่ถ้ามีการกระตุ้นและปรับมุมมองผู้นำหรือประชาชนบางคนให้มีทัศนคติที่ดีกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ก็จะดีมาก”

ด้านความต้องการพัฒนากองทุนและความช่วยเหลือด้านสิ่งของและอุปกรณ์ต่างๆ เงินกองทุนยังมีไม่เพียงพอและความช่วยเหลือด้านสิ่งของและอุปกรณ์ต่างๆยังมีไม่ครอบคลุมกับความต้องการของผู้สูงอายุ ดังที่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ พูดว่า

“อยากให้มีเงินช่วย 10-20 บาท ค่าเสียเวลาในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง”

“อยากได้เบี้ยผู้สูงอายุเพิ่ม”

“จริงๆ สิ่งที่ต้องการคือ การมีเงินกองทุนหมุนเวียนช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผมเองอยากจะลาออกจากการเป็นประธานชุมชนแต่ก็ยังไม่มีใครยอมเป็น ชาวบ้านรักผม ผมมีคุณงามความดี มีสวัสดิการ มีเงินมีทองในการจัดงานมีเงินกองทุนให้กับผู้สูงอายุประมาณ 70,000-80,000บาท มีสวัสดิการช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุด้วย ผู้ป่วยติดเตียง การรักษาพยาบาล นอน 3 คืนขึ้นไป จ่าย 300 บาท จ่ายค่าเป็นเจ้าภาพในงานศพ 1 คืน มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุสิ้นปีในการประชาสัมพันธ์ต้อนรับปีใหม่ แต่บางทีก็ควรจะมีกองทุนเพื่อหมุนเวียนให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ด้วย”

“ผมเองในฐานะผู้นำก็พาคณะกรรมการผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา ดูงาน โดยเก็บเงินกัน เก็บเงินเป็นหลังคาเรือนละ 20 บาท มี 160 หลังคาเรือน เนื่องจากสมาชิกในชุมชนมีจำนวนน้อย มีสมาชิกในชมรมประมาณ 55 คน ปัจจุบันมีเงินในชมรมประมาณ 50,000 บาท มีประเพณีรดน้ำดำหัว โดยเสื้อหม้อฮ่อมให้ผู้ชาย ผู้หญิงเป็นซิ่นผ้าถุง ดำหัวผู้สูงอายุ วันที่ 1 มกราคม ของทุกปี จะจัดผ้าป่า เก็บจากเงินผู้สูงอายุ 100 บาท คนที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมแล้วแต่บริจาค”

“ทุกวันนี้นำเงินซื้อสลากออมสินไว้ 130,000 บาท เงินสดสำรองไว้ 25,000 บาท ได้รับเงินสนับสนุนจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง”

“ชุมชนต้องการเก้าอี้ เต็นท์ ก็บริจาคให้ในนามชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุก่อน”

3. แนวทางพัฒนาระบบบริการ ที่ประชุมได้นำเสนอแนวทางในการพัฒนา ดังนี้

3.1 การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเอื้อต่อผู้สูงอายุ พบว่า ชุมชนมีพื้นที่ของแต่ละชุมชนในการจัดกิจกรรมสาธารณประโยชน์และบางกิจกรรมส่วนใหญ่จะใช้วัดเป็นจุดศูนย์กลางในการดำเนินงาน และมีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุบางกิจกรรมในคลินิกหมอครอบครัว ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฯ จะมีการจัดมุมและพื้นที่บางส่วนสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุอยู่แล้วและวางแผนจะพัฒนาพื้นที่ที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

แต่สำหรับที่สาธารณประโยชน์ที่ชุมชนมีนั้น ยังขาดในเรื่องการมีราวจับสำหรับผู้สูงอายุ การมีรถเข็นที่บริการอย่างเพียงพอ และทางลาดที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ดังที่ประธานชุมชนได้พูดว่า

“ส่วนใหญ่มีกิจกรรมก็จะใช้ศาลาอเนกประสงค์ และมีที่ออกกำลังกาย แต่อาจจะมีปัญหาเรื่องห้องน้ำ ชักโครก โดยเฉพาะราวจับในห้องน้ำ และรถเข็นสำหรับผู้สูงอายุและที่สำคัญทางลาดไม่มีสักวัด”

“พื้นที่สาธารณะความจริงควรจะมีอุปกรณ์ที่ช่วยพยุงหรือจับยึดสำหรับผู้สูงอายุ มันมีความจำเป็นมาก แต่ก็หาค่อนข้างยาก ส่วนใหญ่จะมีแต่อุปกรณ์ออกกำลังกาย ถ้ามีรถเข็น ทางลาด ราวจับ จะเป็นประโยชน์มากๆ”

3.2 การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถสะดวกเดินทางมารับบริการได้สะดวก ซึ่งระบบการเดินทางและการขนส่งกรณีเจ็บป่วยหรือต้องเดินทางมารับรักษา พบว่า ยังประสบปัญหาในเรื่องการรับส่ง ส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวในการจัดหาบริการ ดังมีกรรมการชุมชนได้พูดว่า

“เวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจะเดินทางมาลำบาก บางทีก็คิดว่าจะมายังไง สุดท้ายก็ลูกหลานมาส่ง จ้างรถสามล้อ 20 บาท รถกู้ภัยอัมรินทร์บ้าง”

“เวลาต้องไปทำกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุ จะลำบาก ความจริงก็อยากจะไป แต่ติดตรงที่ไม่มีรถรับส่ง”

“อยากมีรถรับส่งเวลาต้องไปทำกิจกรรม ถ้ามีจะดีมากๆ สำหรับผู้สูงอายุ”

ระบบการเดินทางและการขนส่งกรณีเจ็บป่วยหรือต้องเดินทางมารับการรักษา โดยสรุปว่า

“เรื่องการเดินทางและระบบขนส่ง สำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ การมีระบบโดยสารสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้การเดินทางไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งกรณีที่เจ็บป่วย ก็จะไม่ต้องเป็นภาระสำหรับลูกหลาน”

3.3 การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา ดังที่ตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุพูดว่า

“เรื่องสภาพบ้าน สภาพห้องน้ำภายในบ้านผู้สูงอายุก็มีความสำคัญ ส่วนใหญ่บ้านที่มีฐานะ ก็พอจะจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้เป็นราวจับเวลาเข้าห้องน้ำแต่บางบ้านที่ยากจนก็จะไม่มีอุปกรณ์ที่ว่านี้”

“บางบ้านประสบปัญหาจริงๆ โดยเฉพาะห้องน้ำภายในบ้านผู้สูงอายุ บางบ้านไม่มีที่จับเพื่อความปลอดภัย มีความเสียงสูงมากที่จะเกิดการหกล้ม ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้เป็นราวจับเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อความปลอดภัย”

3.4 การจัดหากองทุน สวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นหรือเพิ่มการจ้างงานเพื่อหารายได้เสริม ซึ่งที่ประชุมมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนของผู้สูงอายุ คือ ควรมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีในการร่วมบริจาคเงินเข้ากองทุนผู้สูงอายุให้เพียงพอเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในบางรายที่ประสบปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้มีเงินกองทุนเพิ่มมากขึ้น ดังที่ประธานชุมชน พูดว่า

“สำหรับปัญหาหลักๆ ก็น่าจะเป็นเรื่องการมีกองทุนหรือเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาก็มีเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เสียชีวิต ในอดีตได้เงินฌาปนกิจศพได้ศพละ 2,000 บาท จากเทศบาลเมือง มีแบบฟอร์มมาให้กรอก ในอดีตได้ทุกฐานะ แต่ช้า 3 เดือน 5 เดือน แล้วก็หายไปเลย หนังสืออีกฉบับออกมาต้องไม่มีญาติหรือคนจนถึงจะได้ โดยมีหลักฐานประธานผู้สูงอายุ/ประธานชุมชนเซ็นรับรองถึงจะได้เงิน แต่ปัจจุบันเงินในส่วนนี้จะจ่ายก็มีขั้นตอนการพิจารณาจากรายได้ครอบครัวด้วย (จปฐ.) และคนที่ได้มีคิวยาวตามงบประมาณที่ได้มา จริงๆ แล้วถ้ามีการประชาสัมพันธ์ดีๆ อาจจะได้เงินเป็นกองทุนเพิ่มขึ้นได้ การประชาสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ดีในชุมชน ต้องประชาสัมพันธ์ด้วยตนเอง ต้องประชุมบ่อยๆ มีการหาเงินทอดผ้าป่าเพื่อใช้เป็นสวัสดิการก็เป็นช่องทางหนึ่งที่น่าสนใจ”

แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาของผู้สูงอายุที่ผ่านมาสรุปว่า

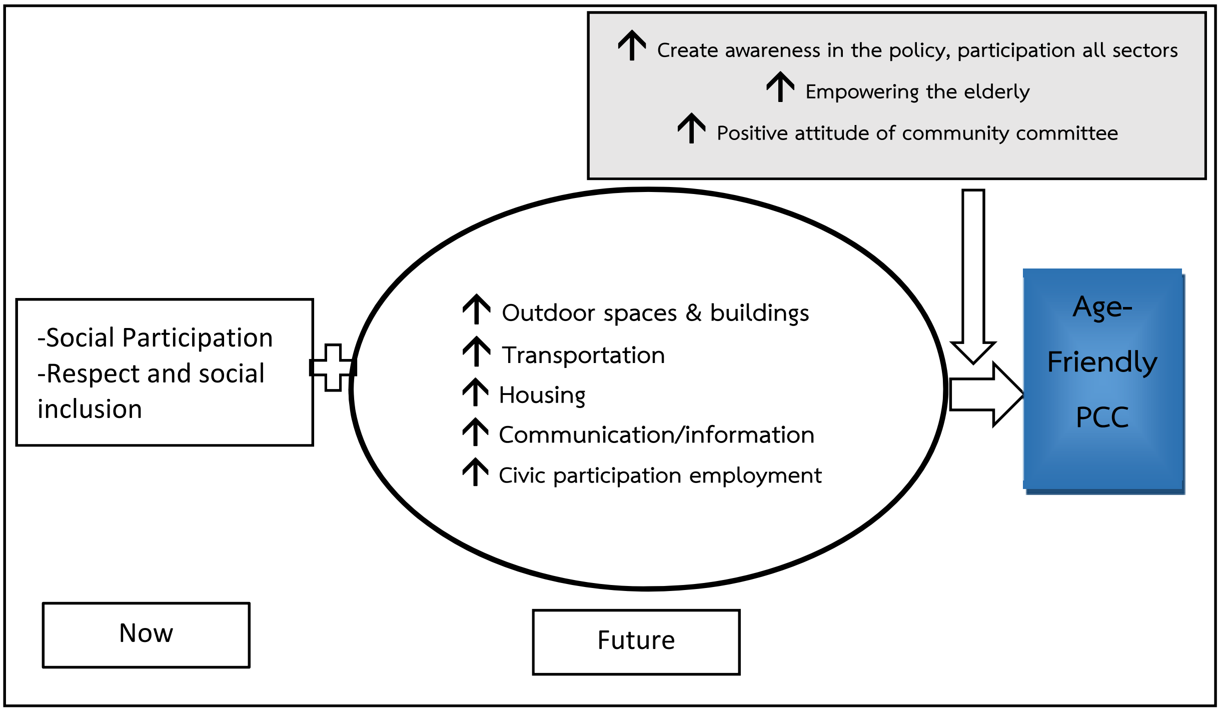
“จริงๆ แล้วพื้นที่สาธารณประโยชน์ ก็สามารถมาใช้พื้นที่ของ รพ.สต. ได้ ในอนาคตคาดว่าจะมีการวางแผนการสร้างตึก อาคารเฉพาะสำหรับการบริการที่เป็นมิตรผู้สูงอายุซึ่งอยู่ด้านหลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็ต้องมาดูเรื่องระเบียบการขออนุญาตและการบริหารจัดการต่อไป แต่สำหรับตอนนี้ก็มีกิจกรรมผู้สูงอายุบางกิจกรรมที่มาจัดที่ รพ.สต. นอกเหนือจากการจัดที่วัด เช่นเดียวกัน และสำหรับที่สาธารณประโยชน์ที่ชุมชนมีนั้น คงต้องยอมรับจริงๆ ว่ายังขาดในเรื่องการมีอุปกรณ์สำหรับช่วยพยุงผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณะ เช่น ราวจับ ทางลาดที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่ครบทุกพื้นที่ รวมถึงการมีรถเข็นที่ให้บริการอย่างเพียงพอ”

ทุกภาคส่วนในชุมชนมีวัตถุประสงค์หลักร่วมกันและมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระบบการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดังที่ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้พูดสรุปว่า

“เท่าที่ฟังจากการสนทนา ก็พบว่า ผู้สูงอายุแต่ละท่านที่มาเป็นตัวแทนในวันนี้ ทุกท่านที่มาทำงานในจุดนี้ก็มีวัตถุประสงค์หลักๆ 3 ข้อ ก็คืออันที่ 1) ให้สมาชิกมีสุขภาพดี 2) ก็คือมีหลักประกันความมั่นคงซึ่งก่อนหน้านี้เราพูดถึงเรื่องของเงินเรื่องของการมีคนดูแล แล้วก็ 3) ก็คือการมีส่วนร่วมของชุมชนในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันแม่ เป็นต้น ชุมชนก็จะมีกิจกรรมเยอะที่จะทำให้คุณพ่อคุณแม่ที่อยู่ในชมรมนี้มีสุขภาพดี มีหลักประกัน มีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่ง 3 ข้อนี้ เป็นปัจจัยที่ทำให้ชมรมประสบความสำเร็จได้”

“เมื่อ รพ.สต สนับสนุนเพิ่มเติมทำให้ชมรมเข้มแข็งแล้ว ก็ช่วงหลังก็ดำเนินการเป็นเครือข่าย มีการสื่อสาร ช่วยเหลือกัน สามารถให้บริการได้เต็มที่ เทศบาลก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ชมรมให้เกิดความเข้มแข็ง เช่น การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่ใช่เฉพาะด้านสุขภาพอย่างเดียว เป็นการใช้ทักษะชีวิตสมัยใหม่ สนับสนุนชมรม เกิดความเชื่อมกัน ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รพ.สต. ก็มีบริการสุขภาพที่ทำให้พ่อแม่มีความสุข การส่งเสริมสุขภาพ ฉีดวัคซีน (ไข้วัดใหญ่) ถือว่าเป็นบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การคัดกรองการมองเห็น คัดกรองภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองความสามารถการทำงานของร่างกาย”

จากผลการศึกษานำสู่การสรุปประเด็นข้อค้นพบและนำเสนอเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ภาพแสดงการศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุฯ

จากภาพอธิบายได้ว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิควรพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวก การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา การให้ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ รวมถึงการนำนวัตกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงและมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเพื่อลดการพึ่งพาให้น้อยลง การจัดหากองทุนสวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นหรือเพิ่มการจ้างงานเพื่อหารายได้เสริม ทั้งนี้ต้องมีองค์ประกอบในเรื่องการสร้างความตื่นตัวในเรื่องนโยบายการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยการมี

ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชนโดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนร่วมเป็นที่ตั้ง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1 สภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า มีปัญหาและความต้องการในหลายประเด็น ได้แก่

1.1 การจัดบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานที่เพิ่มเติมที่เป็นสัดส่วน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในคลินิกและที่บ้าน การจัดระบบขนส่งที่เอื้อต่อการเดินทางมารับบริการ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า การให้บริการในคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านศรีหมวดเกล้า ควรมีการปรับและเพิ่มเติมในส่วนของการบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้นและเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพราะการจัดบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและการให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องผสมผสานทั้งศาสตร์ทางการแพทย์เข้ากับความรู้ทางสังคมและศิลปะการเข้าใจมนุษย์ เป็นงานที่ต้องใส่ใจสุขภาพในหลายมิติ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และมิติทางจิตวิญาณ โดยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นงานที่มีเอกลักษณ์ที่เป็นจุดแข็ง มีบริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิดและเข้าใจชุมชน สามารถทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้ (Chuengsatiansup K., 2008) นอกจากนี้ความครอบคลุมของบริการสาธารณสุขจะต้องเป็นการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ให้ได้รับการบริการฟื้นฟูและบรรเทาความเจ็บป่วยควบคู่กันไป รวมถึงการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล เช่น รถเข็นผู้สูงอายุ เครื่องช่วยพยุงเดิน ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ในการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO’s Active Ageing framework) ซึ่งรัฐบาลมีการวางแผนในด้านการพัฒนาประเทศและการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (Rungmuangthong W., 2010) ได้แก่ การบริการด้านที่พักอาศัย (Congregate and shelter care services) เป็นการให้การดูแลอย่างเหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข รวมถึงการบริการทางด้านการป้องกันและรักษาความปลอดภัย (Protective services) การบริการทางด้านอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา (Care facilities and services) โดยมีจุดมุ่งหมายในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้ได้รับความสะดวกในด้านการรับบริการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ควรมีการพัฒนาชุมชนด้วยการใช้กระบวนการ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย โดยด้านที่มีความสำคัญไม่แพ้ด้านอื่น คือ ด้านที่อยู่อาศัยและการปรับสภาพแวดล้อม (Yukalung S., and Srisaenpang P.,2017) กอปรกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พบว่า การให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการที่และการจัดบริการที่ครอบคลุมด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย (Kumanjan W., 2017)

1.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลดการพึ่งพาโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ระบบบริการปฐมภูมิต้องดำเนินการเพราะเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่เน้น

ความสนิทแนบแน่นกับชุมชน เป็นการนำความรู้และบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสู่ประชาชนคล้ายกับหมอประจำตัวที่รู้จักคุ้นเคยเหมือนญาติสนิทและเข้าถึงได้โดยง่าย ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ถือว่าเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน (Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2016) โดยบทบาทหน้าที่ของหมอครอบครัว (Family medical care team) ในการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจะเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพและวิธีการปรับตัวให้เข้ากับวัยที่เป็นอยู่ ซึ่งนอกจากจะเป็นไปตามแนวคิดการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกแล้ว ในทางกลับกันควรจัดให้มีโครงการที่ให้ผู้สูงอายุเป็นครูหรือเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ รวมถึงวัฒนธรรม ประเพณี ศีลธรรม กลับสู่คนในชุมชนด้วย และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายใจเป็นที่พึ่งของลูกหลาน และสานต่อกิจภูมิปัญญา และเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้ทันกระแสและร่วมสมัยโดยยึดหลักที่ว่า เรียนรู้ มีความสามัคคี และมีสุนทรียะอย่างสมดุล (Lorka T., 2018)

1.3 ความต้องการด้านการจัดหากองทุนและเงินช่วยเหลือ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุในพื้นที่มีความต้องการรับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ซึ่งการจัดกองทุนและเงินช่วยเหลือเป็นนโยบายหรือหลักการในการจัดสวัสดิการอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและตอบสนองความต้องการของหรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (Ngamsri C., 2007) ทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นได้แก่ การดูแลช่วยเหลือการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะความมั่นคงทางด้านรายได้และการจ้างงาน รัฐควรมีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจจะดำเนินการโดยออกกฎหมายประกันสังคมหรือมาตรการอื่นๆ (Yotphet S., 2007)นอกจากนี้ควรมีการร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับนายจ้าง องค์การลูกจ้างหรือคนงานเพื่อจัดทำมาตรการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานต่อไปภายใต้สภาพการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาล ตำบลโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ที่ศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุและเพื่อเสนอแนวทางในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุของเทศบาลได้รับสวัสดิการการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพอย่างทั่วถึง แต่ต้องการให้เพิ่มวงเงินเบี้ยยังชีพ เป็นเดือนละ 1,000 บาท ความต้องการอื่นที่สำคัญ คือ ต้องการพัฒนาตนเองและต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และต้องการการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย ต้องการให้มีศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน และควรจัดให้มีศูนย์บริการชุมชนเอนกประสงค์แก่ผู้สูงอายุ จัดให้มีบุคลากรของเทศบาลที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส). และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (Kaichaiyaphum P., and Sirichot P., 2011)

2. แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุประกอบด้วย

2.1 การวางแผนการพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน มีความสงบ ใกล้ชิดธรรมชาติ การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถสะดวกเดินทางมารับบริการได้สะดวก ตลอดจนการปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา ซึ่งการพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมนั้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในเรื่องรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นและในประเทศไทย โดยศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวดังกล่าว พบว่า ประเทศญี่ปุ่นนอกจากจะมีกฎหมายพระราชบัญญัติการประกันดูแลระยะยาวเป็นตัวขับเคลื่อนแล้ว ยังพบว่ารูปแบบที่ให้บริการนั้นมีความชัดเจนในการแบ่งประเภทและจัดบริการให้ตรงกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย ซึ่งถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงจะได้รับบริการการดูแลระยะยาวเต็มรูปแบบและบริการที่หลากหลาย แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกัน รวมถึงสิทธิประโยชน์การป้องกันรูปแบบใหม่เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นโรคและป้องกันก่อนเกิดโรคไม่ให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือพิการ (Sarye K., 2017)

สำหรับการพัฒนาพฤฒพลังผู้สูงอายุ (Active Ageing) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโรคเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตและเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุก็มิใช่เพียงเพื่อผู้สูงอายุเท่านั้นแต่ยังรวมถึงตัวอาคารและสภาพแวดล้อมที่ไร้สิ่งกีดขวาง ช่วยให้คนทั่วไปและคนพิการหรือผู้สูงอายุที่พิการสามารถใช้ได้อย่างสะดวกสบาย มีความปลอดภัยในชุมชนทำให้เด็ก คนชราสามารถออกมาร่วมกิจกรรมหรือเดินเล่นได้อย่างมั่นใจ หากในชุมชนมีสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุก็จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวหายกังวล ในขณะเดียวกันหากผู้สูงอายุในชุมชนได้ออกมาเป็นอาสาสมัครช่วยงานชุมชนหรือรับจ้างทำงานในชุมชนก็จะทำให้ชุมชนได้ประโยชน์ ดังนั้นความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุจึงควรได้รับการปฏิบัติทั้งในเชิงสังคมและกายภาพ ซึ่งการจะทำให้เมืองที่อาศัยอยู่เป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจะต้องมีความครอบคลุมถึงโครงสร้างเมือง สภาพแวดล้อม บริการสาธารณะและนโยบายของเมือง ในเรื่องเอกลักษณ์ของชุมชน ได้แก่ พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร การคมนาคมขนส่งและที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ความปลอดภัยจากอาชญากรรม พฤติกรรมด้านสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในสังคม (Department of Health, Ministry of Public Health., 2014).

นอกจากนี้การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมยังสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับบริบทของชุมชนในประเทศไทย โดยพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (พึ่งตนเองได้) คือ จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่องในรูปของชมรมผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ดูแลตนเองได้บ้าง) คือ จัดการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือกิจวัตรบางอย่าง ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้) คือ จัดให้มีผู้ดูแลซึ่งมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการประกันบริการทางสังคมขั้นต่ำที่ผู้สูงอายุควรได้รับในชุมชน (Poonpanich Y., and Uthaisaengphaisan S., 2014) ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมตามความต้องการ และให้ผู้สูงอายุได้รับผลในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือ การให้กำลังใจ การให้ความรักความอบอุ่น การจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (Yotphet S., 2007) และมีความมั่นคงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ควรให้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านของตนเองอย่างมีอิสระให้มากที่สุด

2.2 การให้ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ รวมถึงการนำนวัตกรรม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงและมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเพื่อลดการพึ่งพาให้น้อยลง ด้วยเหตุที่การดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับ พฤฒพลังผู้สูงอายุซึ่งเป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบสาธารณสุข การได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการวางนโยบายการบริหารจัดการต้องคำนึงถึงความหลากหลายของการเป็นแหล่งทรัพยากรของผู้สูงอายุ และควรมีความรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เป็นข้อมูลด้านสารสนเทศที่สำคัญต่อผู้สูงอายุในเรื่องระบบการให้บริการการ รวมทั้งการมีระบบบริการทางโทรศัพท์เกี่ยวกับข้อมูลสาธารณสุขล้วนเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า (1) ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การขาด

ความรู้ในการรับประทานยา มีความเชื่อในการใช้ยาไม่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ และ (2) ความต้องการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การได้รับความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การให้มีแพทย์ประจำมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการมีองค์กรบริหารส่วนตำบลมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เป็นต้น (Tapasee W., Danpradit P., and Rattanawijit S., 2017) แต่อย่างไรก็ตามการให้ความรู้และการให้ข้อมูลสารสนเทศควรต้องคำนึงถึง บริบทหรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการแสวงหาสารสนเทศ เช่น ไม่ทราบแหล่งสารสนเทศ การศึกษา และ ภาษา (Upatum P., 2016) นอกจากนี้การสื่อสารและการให้ข้อมูลจากชุมชนและบริการสาธารณสุข ก็มีส่วนเกี่ยวกันพันกับองค์ประกอบหลักอื่นๆ ตามแนวคิดการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากไม่มีช่องทางติดต่อสื่อสารก็จะทำให้ผู้คนไม่สามารถไปมาหาสู่หรือติดต่อกันได้ ไม่สามารถใช้บริการหรือสาธารณูปการต่างๆ ของเมืองได้ (Department of Health, Ministry of Public Health., 2014). ซึ่งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญในประเด็นของการให้ความรู้ การสื่อสารและสารสนเทศที่จำเป็นกับผู้สูงอายุด้วย

2.3 การจัดหากองทุน สวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ยังมีปัญหาและความต้องการในเรื่องดังกล่าว ซึ่งการจัดหากองทุนและสวัสดิการก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) จะเป็นกฎหมายที่ให้การคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติดังกล่าว (Department of Health, 2011) ได้แก่ ด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา (ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนและมีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ) ด้านการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวสาร ตลาดแรงงาน การจัดหางาน รับสมัครงาน บริการข้อมูลด้านอาชีพ ด้านการฝึกอาชีพ การจัดหาตลาดรองรับสินค้า อบรมการจัดการ การตลาด และนำสินค้าร่วมจำหน่ายในงานต่าง ๆ และที่สำคัญคือ ด้านการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ ช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุเป็นรายเดือน จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะครอบครัวผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

2.4 การสร้างความตื่นตัวในเรื่องนโยบายการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการการมีส่วนร่วมในการสร้างความตื่นตัวในเชิงนโยบายร่วมกัน เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ร่วมพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเข้มแข็งของบุคคลในทีมเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีโอกาสเข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรม ติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันอย่างมีอิสรภาพและเสมอภาค และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาของผู้สูงอายุและชุมชนและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งๆ ขึ้น สำหรับการดำเนินงานด้านการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมทั้งในเรื่องของการรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาพิจารณ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพราะการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนมีความสำคัญเป็นอย่างมากกับการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ที่ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนมี 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ (Sittipreechachan P., and Priyatruk P.. 2014) นอกจากนี้การศึกษาในเชิงนโยบายในเรื่องรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทย มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน โดยมีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดาเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวสาหรับผู้สูงอายุ คือ การใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือหน่วยบริการ และใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Sarye K., 2017)

2.5 การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นและส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชนโดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนร่วมเป็นที่ตั้ง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะจากผลการศึกษาการสนทนากลุ่มในครั้งนี้พบว่า บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการเนินการจะเป็นประธานชุมชนเป็นส่วนใหญ่ และมีความต้องการให้กรรมการในชุมชนบางท่าน หรือแกนนำผู้สูงอายุในพื้นที่เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการดำเนินการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หรือยังขาดการมีส่วนร่วมจากแกนนำอื่นๆ เพราะแกนนำบางคนอาจจะยังขาดทัศนคติในเชิงบวกหรือการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม หากมีการสร้างทัศนคติที่ดีในเชิงบวกและการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มบุคคลต่างๆ เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนสังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนา คือ ทัศนคติในเชิงบวกของทีมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการพัฒนาระบบการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการที่ยึดผลประโยชน์ร่วมกันของพื้นที่ (Hoontrakul D., et al., 2008). นอกจากนี้การเสริมสร้างทัศนคติในเชิงบวกของทีมแกนนำแล้ว การเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีส่วนช่วยให้ทุกคนมีความสามารถที่จะไปถึงเป้าหมายของงานและเสริมสร้างให้กับผู้อื่นให้มีความสามารถที่จะไปถึงจุดหมายเช่นกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีอำนาจและความสามารถที่จะควบคุมหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเองและมุ่งเน้นไปที่การหาทางออกและแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Gibson, 1991, :355-356) ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจควรส่งเสริมทั้งในตัวผู้สูงอายุ และในส่วนของคณะผู้ทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งในบริบทของโครงสร้าง กระบวนการ การสร้างความสัมพันธ์และการปฏิบัติที่ดีเพื่อนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจหรือเสริมสร้างให้มีพลังอำนาจในงานที่รับผิดชอบอยู่จะทำให้งานประสบความสำเร็จและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่ดูแล สอดคล้องกับศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยศึกษารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ พบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ (Wirojratana V., et al., 2014) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีทัศนคติที่ดีเชิงบวกจะส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงวิชาการ สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อการสอนและนิเทศบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัว ในประเด็นการให้ความรู้ ทักษะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลด้านสุขภาพและสารสนเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2. เชิงนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำแนวทางการพัฒนาจากผลการวิจัยไปกำหนดเป็นมาตรการในการวางแผนการให้บริการที่เอื้อต่อผู้สูงอายุให้เกิดความครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. เชิงการบริหารจัดการ สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความต้องการและการจัดรูปแบบการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูอายุให้มีความเหมาะสมในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมทั้งในด้าน (1) การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน (2) การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมาทำกิจกรรมหรือมารับบริการได้สะดวก (3) การให้ความรู้ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพที่ตรงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาอย่างชัดเจน (4) การจัดหากองทุนสวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติมและการสร้างรายได้ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Chuengsatiansup K., (2008). Primary Health Philosophy. *Sukasala Magazine*, 1(1), 42-47. (in Thai)

Davis, L.E.(1995). *Enhancing the quality of working life*: developments in the United States.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *Global Age - Friendly Cities: A Guide.* Bangkok: Office of the War Veterans Organization Printing House. (in Thai)

Department of Health. (2011). Rights under the Elderly Act. Friends Newsletter, *Sangsuk*. 6 (60), 6-7. (in Thai).

Gibson, C.H.(1991).A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advance Nursing*, 16, 354-361.

Hoontrakul D., et al., (2008). Development of Age-Friendly Primary Health Care: Case Study of One Primary Care Unit. Journal of Nursing Research. 12 (2), 131-141. (in Thai)

Kaichaiyaphum P., and Sirichot P.. (2011). *Welfare needs of the Elderly in Nonthai Municipality Nonthai District, Nakhon Ratchasima Province*. Humanities & social science. 28 (1),85-100. (in Thai)

Kumanjan W., (2017). Age Friendly Service in Tambon Health Promoting Hospital of Khuntalae, Suratthani Province. *Journal of the Ministry of Public Health*. Vol 27: Special Issue December 2017 (in Thai)

Lorga T., (2018). *Group discussion on the development of primary care systems that are friendly to the elderly*. Direct experience. March 22, 2018. (in Thai)

National Statistical Office. (2007). *Report of the Survey of the Elderly Population in Thailand 2007*. Bangkok: Bureau of Social Economic Statistics and Referendum 1, National Statistical Office. (in Thai)

National Statistical Office. (2009). *Summary of results for the management of Thai mental health survey year 2009*. [Online], Available: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/mentalHealthExec52.pdf . (2019, 26, Febuary). (in Thai)

Ngamsri C., (2007). *Work conditions of elderly care volunteers at home. Case study of the Development Office Society and Welfare, Bangkok 7 (Taling Chan).* Master of Art Thesis, Loei Rajabhat University. (in Thai)

Poonpanich Y., and Uthaisaengphaisan S., (2014). Community Healthcare Promotion: Preparing for Aged Society. *Journal of Health Science. 23(2), 161-171.* (in Thai)

Rungmuangthong W., (2010). *Assessment of the elderly care volunteer project at home: A case study of Phetchaburi Province.* Faculty of Social and Environmental Development National Institute of Development Administration. (in Thai)

Sarye K., (2017). *Study of long-term care models for the elderly in Japan and Thailand*. The 9th National Symposium on Disabilities 2017. Development Master Plan Committee. (in Thai)

Sittipreechachan P., and Priyatruk P.. (2014). Community Health Care System Development Process: 14 Case Studies of Communities in Central Region. *Journal of Public Health Nursing*. 28(1) 1-15. (in Thai)

Sittipreechachan P., Priyatruk P., and Chotkakam Y.,(2012). Community Participation in the Process of Care of Elderly at MABCARE Subdistrict. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 13(2),8-17. (in Thai)

Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (2016). *Strategic plan. Ministry of Public Health*: Office of the Permanent Secretary. (in Thai)

Tapasee W., Danpradit P., and Rattanawijit S., (2017). Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. Kuakarun *Journal of Nursing*. 24(1), 42-54. (in Thai)

Upatum P., (2016). Health Information SeekingBehavior of Elderly . *Parichart Journal*. . 29(2); 71-87. (in Thai)

Wirojratana V., et al. (2014). Improvement of Healthcare Services for Dependent Elders. Thai *Journal of Nursing Council*. 29 (3) : 104 – 115. (in Thai)

Yotphet S., (2007). Long-term care model in families and communities. *Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine.* 8(3), 1-9. (in Thai)

Tuberculosis Situation of Mae Tha District, Lampang Province

Naiyanun Suwannaganit*

Abstract

This research was a retrospective study. The purpose of the study was to describe general characteristics of 239 tuberculosis patients in Mae tha District, Lampang Province, who were diagnosed with tuberculosis and registered for tuberculosis treatment at Maetha Hospital from 1 October 2014 to 30 September 2018. The data was collected by reviewing medical records.

The results revealed that, from 79.50 % of male and 20.50 % of female, patients with weight less than 40 kilograms was 16.74 % of the population. The majority of tuberculosis patients were in the elderly group aged over 60 years, 59.83% while 83.68 % was tuberculosis patients with sputum lung infection. Among the population, the result also showed that 67.94 % was diagnosed with AFB detection by conventional microscopes that gave a positive result and 17.71 % was diagnosed by using Xpert MTB/RIF) report and 14.35 % received a negative result with AFB detection. Moreover, regarding the incidence of HIV infection in patients with tuberculosis, there was 2.93 % of the success rate of treatment which was less than 85 % while the rate of death was more than 10 percent.

Tuberculosis operations in Mae tha district, Lampang province has not reached the target set by Ministry of Public Health, especially with the measure of more than 85 percent in success treatment and less than 5 percent death. Therefore, TB practitioners and other related persons with TB patients both in health care facilities and communities should participate to analyze problems, causes and guidelines to reach mutual agreements in order to improve the quality of life of TB patients, families and communities.

Keyword: Tuberculosis, Situation, Diagnostic

---

* *Registered Nurse, Professional Level, TB Clinic, Maetha Hospital, Lampang Province*

สถานการณ์วัณโรคของอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

นัยนันทร์ สุวรรณกนิษฐ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 239 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคและได้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลแม่ทะในช่วงเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 – 30 กันยายน พ.ศ. 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชาย ร้อยละ 79.50 เพศหญิง ร้อยละ 20.50 พบผู้ป่วยวัณโรค ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ร้อยละ 16.74 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 59.83 และเป็นผู้ป่วยวัณโรคประเภทวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ร้อยละ 83.68 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่า ร้อยละ 67.94 ได้รับวินิจฉัยจากการตรวจเสมหะด้วยวิธี direct smear พบเชื้อ Acid fast bacilli (AFB) ร้อยละ 17.71 ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้วิธีการตรวจหาโมเลกุลของเชื้อวัณโรค (Xpert MTB/RIF) และร้อยละ14.35 ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจเสมหะด้วยวิธี direct smear ให้ผล Acid fast bacilli (AFB) เป็นลบ นอกจากนี้ พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 2.93 อัตราผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 85 และอัตราการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 10

การดำเนินงานด้านวัณโรคในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยเฉพาะตัวชี้วัดผลสำเร็จของการรักษาที่ต้องมากกว่าร้อยละ 85 และอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 ดังนั้นผู้ดำเนินงานด้านวัณโรคและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ กับผู้ป่วยวัณโรคทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชน ควรได้มีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ: วัณโรค, สถานการณ์, การวินิจฉัย

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, งานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง*

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคในแต่ละปีประมาณ 117,000 ราย เสียชีวิตประมาณ 12,800 ราย ในแต่ละวันพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 320 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตวันละ 39 ราย ขาดการรักษาไปวันละประมาณ 150 ราย และพบอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคเท่ากับ 156 ต่อแสนประชากร โดยประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่อยู่ในกลุ่ม TB High Burden ซึ่งมีทั้งหมด 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้งวัณโรคทั่วไป (TB) วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยา (MDRTB) (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018)

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาวัณโรค จึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติในการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 ซึ่งมีเป้าหมายในการลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคในแต่ละปีร้อยละ 12.5 โดยกำหนดให้อัตราอุบัติการณ์วัณโรคเท่ากับ 88 ต่อแสนประชากรในปี 2564 ทั้งนี้ เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายในการลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการค้นหากลุ่มเสี่ยง และใช้วิธีการวินิจฉัยด้วยเครื่องมือใหม่ๆ เช่น การส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีการตรวจหาโมเลกุลของเชื้อวัณโรค (Xpert MTB/RIF) รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เร่งรัดผสมผสานการรักษาวัณโรคและเอดส์ เพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา การพัฒนาระบบและเครือข่ายส่งเสริมการใช้กฎหมายเพื่อสนับสนุนการควบคุมวัณโรค และสร้างสรรค์นวัตกรรมการดำเนินงานวัณโรค (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018)

สถานการณ์การควบคุมวัณโรคของจังหวัดลำปางยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยในปี 2561 พบว่าความครอบคลุมการรักษา ร้อยละ 63 อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค ร้อยละ 80.95 และอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 15.65 และพบว่ามีรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่ 4 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอห้างฉัตร อำเภอเกาะคา อำเภอแม่ทะ (Tuberculosis Clinic, Mae Tha Hospital, 2018) และจากข้อมูลสถานการณ์วัณโรคในจังหวัดลำปางย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณปี 2556 -2560 พบว่ามีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 94.01, 88.93, 86.58, 82.83 และ 93.47 ตามลำดับ ในการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตปี 2557-2560 เท่ากับ ร้อยละ 11.22 13.57 14.5 และ 17.02 จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตโดยพบว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยวัณโรคมีโรคร่วม เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งปอด โรคเอดส์ โรคพิษสุราเรื้อรัง และติดเชื้อ Melioidosis ส่วนร้อยละ 20 ผู้ป่วยวัณโรคไม่มีโรคร่วม (Lampang Provincial Health Office, 2017)

สำหรับอำเภอแม่ทะเป็นอำเภอที่อยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 95 หมู่บ้าน ประชากรจำนวน 58,644 คน มีเขตติดต่อกับอำเภอแม่เมาะ อำเภอเกาะคา อำเภอสบปราบ และจังหวัดแพร่ และจากการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์วัณโรคของอำเภอแม่ทะในปี 2561 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 16.07 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค น้อยกว่า ร้อยละ 5 ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตนั้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีอาการป่วยวัณโรคที่มีภาวะทุพโภชนาการเกิดอาการแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรค เช่น ตับอักเสบ ผื่นที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค รวมถึงมีผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บป่วยร่วมที่มีอาการรุนแรงของโรค เช่น มะเร็ง โรคไตวาย เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายในสองเดือนหลังจากการรักษาวัณโรค โดยในช่วงปี 2558 -2562 โรงพยาบาลแม่ทะพบกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 71.12 ที่เสียชีวิตในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา (Intensive Phase) พบสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 64.44 จากโรควัณโรค รองลงมาคือมีโรคมะเร็งร่วม ร้อยละ 17.78 และมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับวัณโรคร้อยละ 4.45 (Tuberculosis Clinic, Mae Tha Hospital, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า อำเภอแม่ทะมีรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทั้งชนิด MDR-

TB และ Pre XDR-TB ในปี 2560 พบผู้ป่วย MDRTB จำนวน 1 ราย ปี 2561 พบผู้ป่วย MDRTB 1 ราย ผู้ป่วย Pre XDRTB 1 ราย (Tuberculosis Clinic, Mae Tha Hospital, 2018)

จากสถานการณ์ปัญหาของการดำเนินงานวัณโรคในอำเภอแม่ทะที่ยังพบอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดในช่วงปี พ.ศ. 2561 ที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) เกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอแม่ทะในช่วงเวลา 6 ปี ด้วยการทบทวนและวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อบรรยายลักษณะผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลแม่ทะ โดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากทะเบียน TB04 โปรแกรมวัณโรค TBCM (Off line) และโปรแกรม TBCM Thailand ทั้งนี้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของการเกิดโรควัณโรคในพื้นที่ที่ผ่านมาและนำไปสู่แนวทางในการวางแผนในการพัฒนาและส่งเสริมป้องกันการเกิดโรควัณโรคในพื้นที่ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กระทรวงได้ตั้งเป้าไว้ รวมถึงเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานในด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคในระยะต่อไปของพื้นที่อำเภอแม่ทะในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคและได้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลแม่ทะในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2557 – 30 กันยายน พ.ศ.2561

ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically Confirmed TB Case : B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ผลพบเชื้อ โดยวิธี Smear Microscopy หรือ Culture หรือวิธีการอื่นๆ ที่ WHO รับรอง เช่น การเก็บเสมหะส่งตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจหาโมเลกุลของเชื้อวัณโรค (Xpert MTB/RIF), Line Probe Assay, TB-LAMP เป็นต้น

ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะไม่พบเชื้อ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (Clinically Diagnosed TB Case: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจผลไม่พบเชื้อ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการเอกซเรย์หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Histology) ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำ (Relapse; R) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินผลว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis : P) หรือ วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis: EP), ผู้ป่วยมีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (bacteriologically confirmed: B+ หรือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (clinically diagnosed: B-)

ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment after Failure; TAF) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาและมีผลการรักษาครั้งล่าสุดว่าล้มเหลวจากการรักษา

ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา (Treatment after Loss to Follow up; TALF) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษา และขาดการรักษาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป และกลับมารักษาอีกครั้ง (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+ หรือ B-)

ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis: EPTB) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมอง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง กระดูกและข้อ เป็นต้น โดยมีผลตรวจสิ่งส่งตรวจพบเชื้อวัณโรคหรือไม่ก็ได้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยศึกษาลักษณะทั่วไปของประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคและได้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลแม่ทะในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557-30 กันยายน พ.ศ.2561 โดยการเก็บรวบรวม เรียบเรียง และทบทวนจากข้อมูลเวชระเบียน ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB04) ทะเบียนวัณโรคในโปรแกรม TBCM Thailand ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย ระหว่างการรักษา จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา คือผู้ป่วยหายหรือเสียชีวิต

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

1.ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดที่โรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

2.ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2557 – 30 กันยายน พ.ศ.2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนักตัวก่อนการรักษา ประเภทของการป่วยวัณโรค ผลเสมหะก่อนการรักษา ผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวี และผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) แสดงข้อมูลเป็นความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 – 30 กันยายน พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลแม่ทะ จำนวน 239 คน เป็นประชากรสัญชาติไทยจำนวน 236 คน และไม่ใช่ประชากรสัญชาติไทยจำนวน 3 คน ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 – 8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามเพศ

ปี พ.ศ.	2557	2558	2559	2560	2561
เพศ	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ
ชาย	36 (83.72)	42 (85.71)	36 (76.59)	32 (78.04)	44 (74.57)
หญิง	7 (16.32)	7 (14.28)	11 (23.40)	9 (21.95)	15 (25.42)
รวม	**43 (16.32)**	**49 (14.28)**	**47(23.40)**	**41 (21.95)**	**59 (25.42)**

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดในปี 2561 จำนวน 59 คน เป็นเพศชาย 44 คน และเพศหญิง 15 คน รองลงมา คือ ปี 2558 จำนวน 49 คน เป็นเพศชาย 42 คน และเพศหญิง 7 คน (ตารางที่ 1)

เมื่อจำแนกผู้ป่วยวัณโรคระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศชายป่วยวัณโรคมากกว่าเพศหญิงในทุกปี และจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอายุ

ปี พ.ศ.	≥ 60 ปี		< 60 ปี		รวม (คน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	100 %
2557	36	83.72	7	16.32	43
2558	29	59.18	20	40.82	49
2559	26	55.31	21	44.69	47
2560	17	41.46	24	58.54	41
2561	35	59.32	24	40.68	59
Total	**143**	**59.83**	**96**	**40.12**	**239**

ภาพรวมของผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอแม่ทะ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 59.83 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามอาชีพ

ปี พ.ศ.	รับจ้าง		เกษตรกรรม		ไม่ประกอบอาชีพ		นักเรียน/นักศึกษา		รวม (คน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	100 %
2557	5	11.62	16	37.25	21	48.83	1	2.32	43
2558	15	30.61	16	32.65	18	36.73	0	0	49
2559	12	25.53	15	31.91	19	40.42	1	2.12	47
2560	9	21.95	17	41.46	15	36.58	0	0	41
2561	13	22.03	20	33.89	24	40.67	2	3.38	59
Total	**54**	**22.59**	**84**	**35.14**	**97**	**40.59**	**4**	**0.83**	**239**

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคอำเภอแม่ทะ พบในกลุ่มประชากรที่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.59 รองลงมาคือ กลุ่มประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 35.41 และประชากรที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.59 โดยกลุ่มประชากรที่พบน้อยที่สุดคือนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 0.83 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามประเภทการขึ้นทะเบียน

ปี พ.ศ.	Pulmonary TB		EPTB		Relapse		TALF		รวม (คน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	100 %
2557	39	90.69	3	6.97	1	2.32	0	0	43
2558	43	87.75	5	10.21	1	2.04	0	0	49
2559	37	78.72	8	17.03	1	2.12	1	2.12	47
2560	29	70.73	9	21.95	3	7.31	0	0	41
2561	52	88.13	5	8.47	1	1.69	1	1.69	59
Total	**200**	**83.68**	**30**	**12.55**	**7**	**2.96**	**2**	**0.83**	**239**

จากตารางที่ 4 พบว่า อำเภอแม่ทะมีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนและวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวัณโรคประเภทวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 83.68) โดยเมื่อจำแนกเป็นรายปียังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อสูงกว่าการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคประเภทอื่นเช่นกัน รองลงมาคือการขึ้นทะเบียนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (ร้อยละ 12.55) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 2.96) และกลุ่มที่รักษาซ้ำหลังขาดยา (ร้อยละ 0.83) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามผลเสมหะก่อนการรักษา

ปี พ.ศ.	AFB +ve		AFB - ve		Gene Xpert		รวม (คน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	100 %
2557	32	80.00	8	20.00	0	0	40
2558	28	63.63	16	36.34	0	0	44
2559	28	71.79	2	5.12	9	23.07	39
2560	24	75.00	3	9.37	5	15.62	32
2561	30	55.56	1	1.85	23	42.59	54
Total	**142**	**67.94**	**30**	**14.35**	**37**	**17.71**	**209**

จากตารางที่ 5 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวนทั้งสิ้น 209 คน พบว่า ร้อยละ 67.94 ได้รับวินิจฉัยจากการตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา (Light Microscope) ให้ผลเป็นบวก ส่วนร้อยละ 17.71 ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้ผลการตรวจ Gene Xpert และร้อยละ 14.35 ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจหาเชื้อ AFB ที่ให้ผลเป็นลบ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามน้ำหนักก่อนเริ่มการรักษา

ปี พ.ศ.	≥ 40 KGs		< 40 KGs		รวม (คน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	100 %
2557	35	81.39	8	18.61	43
2558	42	85.71	7	14.28	49
2559	42	89.36	5	10.64	47
2560	32	78.04	9	21.96	41
2561	48	81.35	11	18.65	59
Total	**199**	**83.26**	**40**	**16.74**	**239**

จากตารางที่ 6 พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 40 กิโลกรัม ร้อยละ 83.26 และน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ร้อยละ 16.74

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามผลการติดเชื้อHIV

ปี พ.ศ.	Anti HIV (-ve)		Anti HIV (+ve)		รวม (คน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	100 %
2557	41	95.34	2	4.66	43
2558	48	97.95	1	2.05	49
2559	46	97.88	1	2.12	47
2560	39	95.12	2	4.88	41
2561	58	98.31	1	1.69	59
Total	**232**	**97.07**	**7**	**2.93**	**239**

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า อำเภอแม่ทะมีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 2.93)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผลการรักษาวัณโรค จำแนกตามความสำเร็จในการรักษา (Cure) การเสียชีวิต (Dead) การดื้อยา (Failure) และการขาดยา (Loss to Follow up)

ปี พ.ศ.	Cure	Dead	Failure	Loss to Follow up
	ร้อยละ (%)	ร้อยละ (%)	ร้อยละ (%)	ร้อยละ (%)
2557	82.93	12.30	2.44	2.33
2558	82.61	17.39	0	0
2559	82.61	15.22	2.17	0
2560	75.00	17.50	5.00	2.50
2561	82.14	16.07	1.79	0

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอแม่ทะมีอัตราการเสียชีวิตสูงติดต่อกันทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดถึงร้อยละ 17.50 ผลสำเร็จของการรักษา (TB Treatment Success) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 75.00 และพบว่าผลการรักษาล้มเหลว (Failure) สูงถึงร้อยละ 5.00 และมีรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ร้อยละ 2.50

อภิปรายผล

ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา อำเภอแม่ทะพบผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละปีโดยมีสัดส่วนผู้ป่วยเพศชายป่วยวัณโรคมากกว่าเพศหญิง ในภาพรวมของอำเภอแม่ทะมีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 3.8 : 1 สอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันและควบคุมโรควัณโรคของประเทศไทยของ กมลทิพย์ ประสพสุข (2018) พบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทในปี 2560 จำนวน 685 ราย มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.16 : 1 (Prasopsuk K.,2018) และจากการศึกษาลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูนของ อัมพาพันธ์ วรรณพงศภัค และ กิตติกาญจน์ มูลฟอง (2017) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 806 ราย มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 3:1 เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะในเพศชายชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบั่นทอนสุขภาพ เช่น ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ เที่ยวกลางคืนและเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วจะไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการหนัก (Mungkhetklang V., et al., 2016)

นอกจากนี้ในภาพรวมของผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอแม่ทะตั้งแต่ปี 2557 -2561 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 59.83) ด้วยเหตุที่กลุ่มผู้สูงอายุตามทฤษฎีในเรื่องของความเสื่อมและความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายพบว่า เป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ เสี่ยงต่อติดเชื้อวัณโรคและมีสุขภาพที่อ่อนแอกว่าคนในวัยผู้ใหญ่ (Malathum K.,et al., 2007; Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย ของ ราเมศ คนสมศักดิ์ (2017) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 83.3 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Khonsomsak R.,2017) เช่นเดียวกับการศึกษาการป้องกันและควบคุมโรควัณโรคของประเทศไทยของ กมลทิพย์ ประสพสุข (2018) พบว่าในจังหวัดนครสวรรค์มีอัตราป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ > 60 ปี สูงกว่าทุกช่วงอายุและพบสูงสุดในช่วงอายุ 71-80 ปี รองลงมาคือ 81-90 ปี และ 61-70 ปี ตามลำดับ (Prasopsuk K., 2018)

อำเภอแม่ทะมีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนและวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวัณโรคประเภทวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 83.68) โดยเมื่อจำแนกเป็นรายปียังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อสูงกว่าการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคประเภทอื่นเช่นกัน เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากวัณโรคเป็นได้ทุกอวัยวะแต่ที่พบมากที่สุดคือที่ปอด (Pulmonary TB) ประมาณร้อยละ 80 ของวัณโรคทั้งหมด และสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ส่วนวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB) พบได้ประมาณ ร้อยละ 20 อวัยวะที่พบบ่อย ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง กระดูก เยื่อหุ้มปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ ลำไส้ เยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มหัวใจ และผิวหนัง Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) จากการศึกษาลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูนของ อัมพาพันธ์ วรรณพงศภัค และ กิตติกาญจน์ มูลฟอง (2017) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 806 ราย พบว่ามีเสมหะพบเชื้อวัณโรคจำนวน 551 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.4 เช่นเดียวกับการศึกษาสถานการณ์การป่วยเป็นวัณโรคของบุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดตากของกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และ วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์ (2017) พบว่ามีบุคลากรในโรงพยาบาลป่วยเป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อสูงถึงร้อยละ 69.5 และวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค จากการศึกษาของราเมศ คนสวัสดิ์ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีปริมาณเชื้อในเสมหะมากจะสัมพันธ์กับการเสียชีวิต

ในภาพรวมมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 40 คน (ร้อยละ 16.74) ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ที่ทีม TB Case Management ต้องให้การดูแลเรื่องภาวะโภชนาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นสิ่งที่ให้ความสำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาด้วยยาวัณโรค เมื่อผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหาร จะส่งผลให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ในการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้แบบประเมิน Subjective Global Assessment โดยทีม TB Case Management ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนากร เพราะในกลุ่มที่น้ำหนักตัวน้อยถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย ของราเมศ คนสวัสดิ์ (2017) พบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษาน้อยกว่า 40 กิโลกรัมมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 40 กิโลกรัมขึ้นไป (Khonsomsak R., 2017)

อำเภอแม่ทะมีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.93 ด้วยเหตุที่วัณโรคเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในผู้ป่วยเอดส์/เอชไอวี ดังนั้นวัณโรคและเอชไอวีจึงมีความสัมพันธ์และผลกระทบซึ่งกันและกัน เนื่องจากการติด

เชื้อเอชไอวีทำให้การป่วยวัณโรคลุกลามขึ้นทั้งในผู้ที่เพิ่งได้รับเชื้อวัณโรค และผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง (หรือวัณโรคระยะแฝง) สาเหตุสำคัญของการติดเชื้อวัณโรคลุกลามจนทำให้ป่วยเป็นวัณโรคเกิดขึ้นเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลง ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยมีโอกาสจะป่วยเป็นวัณโรคสูงถึงร้อยละ 10 ต่อปี (Bureau of AIDS, TB and Sexually Transmitted Diseases, Ministry of Public Health, 2017) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของเจริญศรี แซ่ตั้ง (2017) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ตั้งแต่ปี 2548 - 2557 พบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือการติดเชื้อเอชไอวี (Sae-tung J., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูนของ อัมพาพันธ์ วรรณพงศภัค และกิตติกาญจน์ มูลฟอง (2017) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 806 ราย พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมจำนวน 52 ราย (ร้อยละ 6.5) และร้อยละ 19.2 ของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวียังไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ นอกจากนี้ในภาพรวมของ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนจากการศึกษาของเจริญศรี แซ่ตั้ง (2017) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ตั้งแต่ปี 2548 - 2557 พบโรคร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตคือโรคเอดส์ ร้อยละ 33.33 (Sae-tung J., 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาการป้องกันและควบคุมโรควัณโรคของประเทศไทยของกมลทิพย์ ประสพสุข (2018) พบว่าสาเหตุที่เสียชีวิตสูงสุดคือ การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.8 รองลงมาคือสาเหตุจากมะเร็ง ร้อยละ 12.3 (Prasopsuk K., 2018) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของการรักษา (TB Treatment Success) มากกว่า ร้อยละ 85 อัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 และอัตราการขาดยา ร้อยละ 0

ผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอแม่ทะมีอัตราการเสียชีวิตสูงติดต่อกันทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดถึงร้อยละ 17.55 ผลสำเร็จของการรักษา (TB Treatment Success) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 75.00 ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีภาวะทุพโภชนาการมีการเจ็บป่วยและโรคร่วม นอกจากนี้ยังพบว่าผลการรักษาล้มเหลว (Failure) สูงถึงร้อยละ 5.00 และมีรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ร้อยละ 2.50 ซึ่งสาเหตุที่การเฝ้าระวังวัณโรคในอำเภอแม่ทะไม่เป็นไปตามเป้าหมายเพราะส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรักษาไม่ต่อเนื่องและขาดยา จากข้อมูลในโปรแกรม TBCMThailand แสดงถึงสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย ปี 2561 พบว่า มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 82.76 พบอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 7.98 พบการรักษาล้มเหลวร้อยละ 0.46 และพบผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาร้อยละ 4.16 โดยในปี พ.ศ. 2557 และ 2560 พบอัตราผู้ป่วยขาดยาเท่ากับร้อยละ 2.33 และ 2.50 ตามลำดับ (Tuberculosis Clinic, Mae Tha Hospital, 2018) เมื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุการขาดยา พบว่าเป็นเพศชาย มีประวัติใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า ติดสุรา ไม่มีอาชีพ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้ไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องและขาดความตระหนักในการรักษาวัณโรคเช่นเดียวกับการศึกษาของเจริญศรี แซ่ตั้ง (2017) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ตั้งแต่ปี 2548 – 2557 พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จ ได้แก่ ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ทำให้รับประทานยาไม่ครบ ขาดยาหรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง รวมถึงผู้ป่วยเพศชาย นอกจากนี้อาจจะมาจากปัญหาการดื้อยาของผู้ป่วยซึ่งอำเภอแม่ทะมีรายงานพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทั้ง ชนิด MDR-TB และ Pre XDR-TB ซึ่งพบอุบัติการณ์การรักษาล้มเหลวและเกิดวัณโรคดื้อยาในทุกๆ ปี ในปี พ.ศ.2560 พบอุบัติการณ์เกิด MDR-TB สูงถึงร้อยละ 5 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเป็นเพศชาย ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นแรงงานในระบบก่อสร้างที่ต้องย้ายถิ่นอาศัยอยู่บ่อยๆ ให้ประวัติว่าทำงานในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และจังหวัดเชียงใหม่

รวมทั้งมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำและสูบบุหรี่ จากการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก พบว่าประมาณร้อยละ 4.1 ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั่วโลกเป็น MDR-TB และพบสูงถึงประมาณร้อยละ 19 ในผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน โดยพบว่าร้อยละ 9 ของผู้ป่วย MDR-TB เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ในปีพ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำนวน 490,000 ราย และเสียชีวิตประมาณ 210,000 ราย สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์เกิดผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB จำนวน 4,700 ราย (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018)

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานด้านวัณโรคในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยเฉพาะตัวชี้วัดผลสำเร็จของการรักษา (TB Treatment Success) ที่ต้องมากกว่าร้อยละ 85 และอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 ดังนั้นควรมีการรณรงค์ในการส่งเสริมให้ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มที่พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมาก/อัตราตายสูง/มีการดื้อยาสูง ได้แก่ เพศชาย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม และกลุ่มที่เป็นโรคเอดส์ในพื้นที่ให้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งในกลุ่มที่อยู่ระหว่างการรักษาให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยาเพื่อให้อาการของโรคหายขาด รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรหาแนวทางดำเนินการร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การควบคุมการเกิดวัณโรคเป็นไปตามเป้าหมายและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

Bureau of AIDS, TB and Sexually Transmitted Diseases, Ministry of Public Health. *Guidelines for the treatment and prevention of HIV infection in Thailand.* Bangkok: Agricultural Cooperatives of Thailand Printing. (in Thai).

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018).*National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publication Limited Partnership. (in Thai).

Iemrod K., Swaddiwudhipong† W. (2017). Situation of Tuberculosis among Hospital Personnel of the Ministry of Public Health, Tak Province. *Journal of Healh Systems Research*. 11(2), 286-295. (in Thai).

Khonsomsak R. (2017). Factors Associated with Mortality in Smear Positive Pulmonary Tuberculosis in Somdejprayanasangworn hospital, Chiangrai Province. *Chiangrai Medical Journal*. 9 (1). 19-27. (in Thai).

Lampang Provincial Health Office. (2017). Provincial Inspection Form, Fiscal Year 2018. Lampang: Lampang Provincial Health Office. (in Thai).

Makmuang J., et al. (2016). Factors Associated with Mortality rate in Tuberculosis Patients at Phayao Hospital. *Chiangrai Medical Journal*. 8(1) 53-59. (in Thai).

Malathum K.,et al.(2007). Infectious diseases in the elderly. *Ramathibodi Nursing Journal*.13(3), 272-287.

Mungkhetklang V., et al. (2016). Causes and Determinant Factors of Death among Tuberculosis Patients during Treatment in Khonkaen Province, Fiscal Year 2009 -2010. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen.* 23(1), 22-34. (in Thai).

Prasopsuk K.(2018). *Prevention and control of tuberculosis in Thailand.* Nonthaburi: Strategy and Plannind Division, Office of the Minister, Ministry of Public Health. (in Thai).

Sae-tung J. (2017). Characteristics and risk factors associated with death during tuberculosis treatment among new patients with pulmonary tuberculosis in the Upper North of Thailand, year 2005-2014. *Disease Control Journal.* 43(4);436-447. (in Thai).

Tuberculosis Clinic, Mae Tha Hospital. (2018). *Mae Tha Hospital Tuberculosis report and TBCMThailand Programe*. Lampang: Lampang Provincial Health Office. (in Thai).

Wannaphongsapak A., Moonfong K.(2017). Patients' characteristic and factors related to causes of death in new pulmonary Tuberculosis Patients in Lamphun Province. *Lanna Public Health Journal*.13(2); 72-85. (in Thai).

The Effect of Empowerment on Self – Care Behaviors and Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Diabetic Clinics, Samngao Hospital, Tak Province

Kaewree Kritsumpan*

Abstract

This quasi-experimental research is aimed to test the effect of empowerment intervention on increasing self-care behaviors and glycemic control in patients who have diabetes type 2. Gibson's empowerment concept and Orem's self-care theory were used as the conceptual framework of this study. Eighty patients diagnosed with diabetes type 2 who received care at the outpatient diabetic clinic at Samngao hospital were recruited in this study. The sample was equally divided into two groups: the experimental and control groups. The 12-week empowerment intervention was arranged into 4 sessions in which each session lasted about 60 minutes. The instruments used in this study were demographic data form and self-care behaviors questionnaire. Furthermore, every subject was required to have glycated hemoglobin (HbA1c) level tested. Data were collected during June to September 2019. The data were analyzed using descriptive. The paired t- test, and Analysis of Covariance (ANCOVA).

The results of the study were as follows: 1) Subjects in the intervention group had a significantly higher mean score on self -care behaviors than those who were in routine care group ($p<0.001$). 2) Subjects in the intervention group had a lower HbA1c level those who were in routine care group ($p<0.05$). In conclusion, the result of this study suggests that empowerment intervention is helpful in promoting diabetic patients to perform self-care behaviors and control blood sugar. Therefore, the empowerment guidelines should be applied to nursing in diabetic patients. In order to promote good self-care behavior, able to control blood sugar levels.

Keywords: Empowerment, Self -care behaviors, Glycemic control

* *Registered Nurse, Professional Level, Samngao Hospital, Tak Province*

ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลสามเงาจังหวัดตาก

แก้วรี กฤตสัมพันธ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสันและแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน ทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การเข้ากลุ่มทั้งหมด 4 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลาเข้ากลุ่ม 60 นาที ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์คือ สัปดาห์แรก, สัปดาห์ที่ 2, สัปดาห์ที่ 8 และ สัปดาห์ที่ 12 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการประเมินค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีและสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเสริมสร้างพลังสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกัลป์ฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและเพิ่มความสามารถในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ควรนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก*

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของการป่วยของประชากรใน 4 อันดับแรกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อของโลก และในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อรองจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ กระบวนการเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่แสดงออกถึงการยอมรับ (Recognizing) การส่งเสริมสุขภาพ (Promoting) และสนับสนุนความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการเผชิญปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของตนเองภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถขอตน (Gibson,1991) เกิดการพัฒนาความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมความเป็นอยู่และชีวิตของตนเองได้ ผ่านกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก มีความไว้วางใจกันและยอมรับซึ่งกันและกัน ร่วมมือกันและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเอง มีแรงจูงใจ มีการเรียนรู้ มีความรู้สึกร่วมโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้ให้การสนับสนุน ผู้อำนวยความสะดวก ผู้พิทักษ์สิทธิและผู้ชี้แหล่งประโยชน์ โดยมีขั้นตอนของการเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา (Cognitive response) โดยพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องตลอดจนการรับรู้สิทธิบุคคล 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical refraction) เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) บุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ถึงวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) วิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นทำให้บุคคลเกิดการรับรู้พลังอำนาจของตนเองโดยผ่านการเรียนรู้ การตัดสินใจ (Gibson,1991; Gibson,1995)

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีเป้าหมายคือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงการพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพและความสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีศักยภาพ เกิดความรู้สึกที่ดี ภาคภูมิใจในตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่จะควบคุมตนเองหรือจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม มีการพัฒนาความคิด ความรู้ เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับความจริงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมและแก้ปัญหาให้ตนเองได้เต็มศักยภาพของตน ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ภายใต้ข้อจำกัดของตนเองได้ (Gibson,1991) สอดคล้องกับการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้พัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเกิดจากการเรียนรู้และพัฒนาภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม สิ่งแวดล้อม โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาค้นหารูปแบบของการกระทำและตัดสินใจเลือกกระทำการดูแลตนเอง โดยบุคคลต้องตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมของตนเองทั้งภายในและภายนอก และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่

ถูกต้อง ส่วนระยะที่ 2 เป็นการกระทำการดูแลตนเองและประเมินผลของการกระทำว่าบรรลุผลสำเร็จหรือไม่ ทฤษฎีการดูแลตนเองยังอธิบายถึงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น(self-care requisites) มี 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป(universal self-care requisites) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง(capabilities for self-care operations) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดอย่างเพียงพอ จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Orem,1991)

เมื่อพิจารณาความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเช่นเดียวกับบุคคลอื่นๆ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การดูแลเท้า การออกกำลังกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความท้อแท้ เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและตระหนักในการดูแลตนเองที่ลดลง เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียพลังอำนาจในการดูแลตนเองได้ และมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือมีความพร่องในการดูแลตนเอง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ถึงพลังในการสามารถดูแลตนเอง มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ทางบวก เน้นความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ ตัดสินใจและปฏิบัติ โดยผู้ป่วยเบาหวานเกิดการรับรู้ ตระหนักรู้เรียนรู้ มีการตัดสินใจด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ทั้ง 3 ระดับคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพในการดูแลตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วยการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ คือ การจัดการกับความเครียดและด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพคือ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะแสดงออกมาทางพฤติกรรมการดูแลได้ด้วยตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งทางด้านการดูแลรักษาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน และการดูแลด้านชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป ในที่สุดผู้ป่วยจะสามารถมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เทคนิคกระบวนการกลุ่มที่นำมาใช้ในการเสริมพลังอำนาจซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและเกิดกระบวนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชี้แนะแนวทางแก้ปัญหาและให้กำลังใจในผู้ที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จึงช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการคิดวิเคราะห์ไตร่ตรองตระหนักคิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองด้วยตนเอง การคิดและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เป็นของตนเองสอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตน ซึ่งกลุ่มสามารถติดตามและกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการดูแลตนเองที่เลือกไว้ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้น โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก เป็นหน่วยงานสังกัดสำนักงานสารณสุขจังหวัดตาก มีหน้าที่ ให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

จากสถิติการรักษาโรคทั่วไปในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยสถิติช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 924, 1138 และ 1248 คน

ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านเศรษฐกิจและสังคม บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งไม่สามารถควบระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีรายงานผลการตรวจระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) 3 ปีย้อนหลังคือ พ.ศ. 2559 - 2561 พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ผิดปกติร้อยละ 45.1, 46.0 และ 58.6 ตามลำดับ จุดประสงค์หลักของการควบคุมโรคเบาหวานจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ โดยเฉพาะระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ควรอยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 7 ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นหัวใจสำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การบริหารยารักษาโรค การได้รับข้อมูลในการรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกาย และการจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยและวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

จากการสังเกตการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานรอตรวจพบว่ามีการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มใหญ่ ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นและไม่สามารถแสดงความคิดเห็นและซักถามปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจความรู้ที่ได้รับ ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่า 200 มก/ดล จำนวน 5 ราย เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองยังไม่ดีนัก ผู้ป่วยมีความรู้แต่ขาดความตระหนักและขาดทักษะที่จะนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ไม่สามารถจัดกิจกรรมในการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทางบวก เน้นความไว้วางใจ การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังในการสามารถดูแลตนเอง ในการกำหนดปัญหา การตัดสินใจแก้ไขและปฏิบัติการดูแลตนเองตามที่คาดหวังไว้ ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มีความเป็นอิสระในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เป็นไปตามการดำเนินชีวิตของตนและตรงกับความต้องการของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

คำถามการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2562 ถึงเดือน กันยายน 2562 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไป 2) มีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิลตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป 3) มีอายุตั้งแต่ 35 -60 ปี 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสามเงา จังหวัดตาก 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัยและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น ไตวาย โรคหัวใจ ตามัวมากจนมองไม่เห็น เป็นอัมพาต ถูกตัดแขน-ขา ความจำเสื่อม เป็นต้น 6) สามารถสื่อสารได้ดี เข้าใจและสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 7) ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ 8) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ 9) ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดตลอด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณ โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันทิศทางการทดสอบทางเดียว (One-sided test) (Schiesselman, 1973) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำค่าความแปรปรวนและผลต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรตาม คือ ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจากผลการวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของพัชรี เชื้อทอง (2005) ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 และการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายไปหรือขาดการติดต่อของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน ทั้งนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิ์และป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคนละวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปจำนวน 11 ข้อและข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ รวม 16 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สมาชิกในครัวเรือน สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก ค่าดัชนีมวลกาย การชั่งน้ำหนักต่อปี ประวัติการตรวจตาจากจักษุแพทย์ การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค โรคประจำตัวอื่นร่วม และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 3 การประเมินค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน และ ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991, 1995) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของพัชรี เชื้อทอง (2005) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การใช้ยาและการดูแลเท้า 2) ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้แก่ การจัดการกับความเครียด และ 3) ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการดูแลเท้า ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ไม่ปฏิบัติ (1) หมายถึง ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ
น้อยครั้ง (2) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 1 – 2 วัน
บางครั้ง (3) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 3 – 4 วัน
บ่อยครั้ง (4) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 5 – 6 วัน
ประจำ (5) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 7 วัน

แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ไม่ปฏิบัติ (1) หมายถึง ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ
น้อยครั้ง (2) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 1 วัน
บางครั้ง (3) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 2 วัน
บ่อยครั้ง (4) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 3 – 4 วัน
ประจำ (5) หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.80 แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยงกับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากให้คำรับรองในการศึกษาวิจัยตามเลขจริยธรรมที่ 007/60 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย แจ้งสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองและวัดค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มและดำเนินการนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนการวิจัยที่กำหนด ในแต่ละขั้นตอน ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้เล่า ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจและความวิตกกังวล ได้รับความรู้ที่จำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการคิดวิเคราะห์ เกิดการตระหนักรู้ เข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จากการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 1 วันในแต่ละขั้นตอน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกันภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (แยกกลุ่มกันถ่ายทอดประสบการณ์) ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การแก้ไขปัญหาสุขภาพเล็กๆน้อยในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการจัดการความเครียดและการรับประทานยา การมาพบแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการในสัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการเก็บข้อมูล ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและวัดค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีแจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลกับกับฮีโมโกลบิน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ระหว่างก่อนการทดลองและ

หลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน (HbA1c) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลองโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance: ANCOVA)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 ราย ในระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ครบตลอดระยะเวลาของการวิจัย ผลการวิจัยดังตารางต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สมาชิกในครัวเรือน สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลหลัก และค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และผลการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X^2 p-value	t p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					0.675	
ชาย	10	25.00	11	27.50		
หญิง	30	75.00	29	72.50		
2. อายุ	$\bar{x}$ 53.10 (SD 6.76)		$\bar{x}$ 50.01 (SD 5.66)			0.107
35-40 ปี	3	7.50	4	10.00		
41-45 ปี	3	7.50	6	15.00		
46-50 ปี	6	15.00	6	15.00		
51 -55 ปี	10	25.00	14	35.00		
56-60 ปี	18	45.00	10	25.00		
3. ศาสนา					1.00	
พุทธ	40	100	40	100		
4. สถานภาพสมรส					0.481	
โสด	1	2.50	2	5.00		
คู่	33	82.50	33	82.50		
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	6	15.00	5	12.50		
5. ระดับการศึกษา					1.00	
ประถมศึกษา	36	90.00	35	87.50		
มัธยมศึกษา	1	2.50	3	7.50		
อนุปริญญา	2	5.00	2	5.00		
ปริญญาตรี	1	2.50	0	0		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างฯ (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X^2 p-value	t p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. รายได้ต่อเดือน						0.190
น้อยกว่า 1,000 บาท	4	10.00	9	22.50		
1,001 – 5,000 บาท	4	10.00	5	12.50		
5,001 –10,000 บาท	28	70.00	26	65.00		
15,001 –20,000 บาท	4	10.00	0	0		
มากกว่า 20,000 บาท	0		0	0		
7. อาชีพ					0.658	
ไม่มีอาชีพ	1	2.50	0	0		
เกษตรกร	23	57.5	24	60.00		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5.00	4	10.00		
ค้าขาย	4	10.00	4	10.00		
รับจ้างทั่วไป	10	25.00	8	20.00		
8. สมาชิกอาศัยครัวเรือนเดียวกัน	$\bar{x}$ 3.58 (SD 1.26)		$\bar{x}$ 3.58 (SD 1.26)			0.594
น้อยกว่า 3 ราย	11	27.50	8	20.00		
3 – 5 ราย	25	62.50	26	65.00		
6 – 8 ราย	4	10.00	6	10.00		
9. สิทธิการรักษาพยาบาล					0.311	
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	32	80.00	34	85.00		
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	17.50	3	7.50		
ประกันสังคม/เบิกจ่ายตรง อปท.	1	2.50	3	7.50		
10. ผู้ดูแลหลัก					0.491	
สามี/ภรรยา	24	60.00	28	70.00		
บุตรสาว/บุตรชาย	12	30.00	8	20.00		
หลาน	2	5.00	1	2.50		
ญาติ/พี่น้อง	2	5.00	3	7.50		
11. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	$\bar{x}$ 25.48 (SD 4.33)		$\bar{x}$ 26.39 (SD 4.60)			0.375
น้อยกว่า 18.00	0	0	2	5.00		
18.00 – 21.00	6	15.00	2	5.00		
21.01 – 24.00	12	30.00	12	30.00		
24.01 - 28.00	13	32.50	13	32.50		
28.01 - 33.00	7	17.50	8	20.00		
มากกว่า 33.01	2	5.00	3	7.50		

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพและผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนักต่อปี ประวัติการตรวจตาจากจักษุแพทย์ การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค โรคประจำตัว

อื่นร่วมและผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าข้อมูลภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้น ความถี่การชั่งน้ำหนักต่อปีและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และผลการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X^2 p-value	t p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การชั่งน้ำหนักต่อปี						0.044*
ชั่งน้ำหนัก 1-3 เดือน/ปี	1	2.50	4	10.00		
ชั่งน้ำหนัก 4-6 เดือน/ปี	20	50.00	10	25.00		
ชั่งน้ำหนัก 7-9 เดือน/ปี	9	22.50	8	20.00		
ชั่งน้ำหนัก 10-12 เดือน/ปี	10	25.00	18	45.00		
2. ประวัติตรวจตาจากจักษุแพทย์						
ไม่เคยได้รับการตรวจเลย	22	55.00	13	32.50		
ได้รับการตรวจเพียง 1 ครั้ง	12	30.00	23	57.5		
ได้รับการตรวจ 2 -3 ครั้ง	6	15.00	4	10.00		
3. การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน						
ไม่เคยได้รับการตรวจเลย	27	67.50	24	60.00		
ได้รับการตรวจเพียง 1 ครั้ง	5	12.50	11	27.50		
ได้รับการตรวจ 2 -3 ครั้ง	4	10.00	4	10.00		
ได้รับการตรวจ 3 – 4 ครั้ง	4	10.00	1	2.50		
4. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค	$\bar{x}$ 6.64 (SD 2.65)		$\bar{x}$ 8.79 (SD 4.93)			0.012*
5 - 10 ปี	37	92.50	30	75.00		
11 – 15 ปี	2	5.00	5	12.50		
15 – 20 ปี	1	2.50	3	7.50		
มากกว่า 20 ปี	0	0	2	5.00		
5. โรคประจำตัวอื่นร่วม					0.858	
ไม่มีโรคแทรกซ้อน	8	20.00	9	22.50		
ความดันโลหิตสูง	10	25.00	8	20.00		
ไขมันในเลือดสูง	10	25.00	12	30.00		
ความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง	11	27.50	8	20.00		
6. ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด FBS	$\bar{x}$ 153.91 (SD 36.14)		$\bar{x}$ 146.02 (SD 36.09)			0.344
น้อยกว่า 140 mg%	19	47.50	19	47.50		
141 – 180 mg%	13	32.50	15	37.50		
181 – 220 mg%	5	12.50	4	10.00		
221 – 260 mg%	2	5.00	2	5.00		
261 – 300 mg%	1	2.50	0	0		
มากกว่า 300 mg%	0	0	0	0		

*$p < .05$

3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 217.38 คะแนน (S.D.= 16.68) และ 251.35 คะแนน (S.D.= 13.40) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านทุกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p< .001$ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 8.18 (S.D.= 1.80) และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 7.30 (S.D.= 1.10) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< .001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (n = 40)

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	$SD\bar{d}$	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	217.38	16.68	251.35	13.40	33.97	14.31	-14.43	0.000***
1.ด้านการควบคุมอาหาร	58.95	6.40	63.62	4.99	4.68	6.85	-4.15	0.000***
2.ด้านการออกลังลังกาย	39.84	5.29	44.86	4.22	5.03	5.61	-5.93	0.000***
3.ด้านการใช้ยา	24.73	2.45	26.41	1.75	1.62	2.61	-3.90	0.000***
4.ด้านการดูแลเท้า	34.22	5.53	41.78	3.80	7.57	5.91	-7.79	0.000***
5.ด้านการจัดการความเครียด	24.59	3.37	27.11	2.82	2.51	3.09	-4.94	0.000***
6.ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	35.05	4.24	47.57	3.95	12.51	4.63	-16.42	0.000***
ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน(HbA1c)	8.181	1.801	7.30	1.106	-0.881	1.534	4.39	0.000***

* p-value < .05, ** p-value < .01, *** p-value < .001

4. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังในกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 198.51 คะแนน (S.D.= 19.03) และ 218.13 คะแนน (S.D.= 17.39) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การดูแลเท้า การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p< .001$ ส่วนด้านการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.01$ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2 ด้าน คือ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 8.43 (S.D.= 1.70) และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 7.28 (S.D.= 1.05) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม (n = 40)

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	$SD\bar{d}$	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	198.51	19.03	218.13	17.35	19.62	18.08	-6.77	0.000***
1.ด้านการควบคุมอาหาร	55.97	6.38	56.85	7.17	0.87	8.59	-0.63	0.530
2.ด้านการออกลังลังกาย	38.08	5.39	39.33	6.05	1.26	6.68	-1.17	0.248
3.ด้านการใช้ยา	23.59	4.21	25.56	2.41	1.97	4.30	-2.87	0.007**
4.ด้านการดูแลเท้า	27.44	4.90	30.87	5.96	3.44	5.55	-3.86	0.000***
5.ด้านการจัดการความเครียด	22.79	4.11	25.97	2.96	3.18	4.66	-4.26	0.000***
6.ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	30.64	5.43	39.54	5.73	8.90	5.85	-9.49	0.000***
ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน(HbA1c)	8.43	1.70	7.28	1.05	-1.15	1.53	4.69	0.000***

***** p-value < .05, ****** p-value < .01, ******* p-value < .001

5. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังในระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองมีอิทธิพลร่วมกันต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 39.05, p <.001) โดยมีค่าสัมประสิทธ์การตัดสินใจ (Coefficient of Determination: R^2) เท่ากับ 0.456 หมายความว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองว่าสามารถอธิบายความแปรผันของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ประมาณร้อยละ 45.6 เมื่อกำจัดอิทธิพลร่วมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 50.28,p <.001) ดังตารางที่ 5

5.2 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรร่วม ได้แก่ ระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองมีอิทธิพลกับค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 119.26, p < .001) โดยมีค่าสัมประสิทธ์การตัดสินใจ R^2 = 0.624 หมายความว่า ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินก่อนการทดลองสามารถอธิบายความแปรผันของค่า

ระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 62.4 เมื่อกำจัดอิทธิพลออกออกไปแล้วพบว่าค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 0.342, p = 0.561) สรุปว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีค่าน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและค่าน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	Df	Mean Squares	F	P-value
ตัวแปรร่วม(คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง	6904.45	1	6904.45	39.05	0.000***
-กลุ่ม	8890.70	1	8890.70	50.28	0.000***
-ความคลาดเคลื่อน	1207.76	73	176.82		
-รวม	77522.00	80			
R Squared = .456 (adjusted R Squared = .441)					
ตัวแปรร่วม(ค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบิน(HbA1c) ก่อนการทดลอง)	88.76	1	88.76	119.27	0.000***
-กลุ่ม	0.25	1	0.25	0.34	0.561
-ความคลาดเคลื่อน	54.33	73	0.74		
-รวม	223.55	80			
R Squared = .624 (adjusted R Squared = .614)					

***p < .001

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหา การตัดสินใจและทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองนั้นว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมของตนทั้งภายในและภายนอก และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในความรู้ ความสามารถ ทักษะของตนเอง สามารถที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางนั้นเอง โดยไม่มีการบังคับให้ปฏิบัติตาม มีอิสระที่จะเลือกเพื่อให้ปรับเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของตน ผู้ป่วยเกิดเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติและมีความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร ข้อยุ่น (2007) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวต่อการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นบทบาทหนึ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้วยเหตุที่การการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลครอบครัว ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมพลังใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของสุขภาพ หันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการเรียนรู้มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจ ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง โดยที่พยาบาลคอยช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Poomsanguan K., 2014)

การเสริมพลังอำนาจเกิดจากสัมพันธภาพทางบวกระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม มีความไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจ มีเป้าหมายร่วมกัน ร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเอง ร่วมกันในการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ เรียนรู้และตัดสินใจที่จะปฏิบัติ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัตถก ศรีคล้อ และคณะ (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองสวน จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจตนเองในการดูแลเท้า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งพยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองไปปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อไป (Sriklo M. et al., 2014)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนก่อนการได้รับการพยาบาลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านการควบคุมอาหารที่เหมาะสม แต่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (Jermjitphong A., 2017) ซึ่งบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ด้วยการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจ ความไว้วางใจกัน (Trust) และเห็นใจกัน (Empathy) เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันพยาบาลต้องเข้าไปสัมผัส รับรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม

ทัศนคติ รวมทั้งวัฒนธรรม (Poomsanguan K., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร ราชวัฒน์ (2007) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การเสริมสร้างสุขภาพด้วยโยคะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงกว่าการทดลอง (Rachawat R., 2007) แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นบทบาทที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านมานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาตลอดจนเรื่องค่านิยมและความรู้สึกที่มีต่อการรักษาและวิธีการรักษาที่ได้รับอันจะนำไปสู่การหาทางเลือกและรับผิดชอบในทางเลือกที่ตนเองได้ตัดสินใจแล้ว และมีส่วนร่วมในการหาทางออกความเห็นและการตัดสินใจของผู้รับบริการ (Gibson, 1991) การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากการได้รับการเข้าค่ายเบาหวานจากทีมสุขภาพ อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพตระหนักถึงการควบคุมน้ำตาลจึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในหมู่บ้านที่ใกล้กันและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน เพื่อยกระดับการบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานสูงขึ้นและควรมีการจัดอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนนำไปปฏิบัติ เพื่อช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะเวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละขั้นตอน ควรคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มรวมทั้งลักษณะของกลุ่มเป็นสำคัญเพื่อให้สอดคล้องกับการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ควรมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในทางด้านทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาวและมีการติดตามผู้ป่วยขณะดูแลตนเองที่อยู่บ้าน เพื่ออธิบายความยั่งยืนของกิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสามเงา รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามเงาทุกคน ที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ให้ประสบผลสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

Akhawathin L. (2011). Health Behavior of Diabetic Patients: A Case Study of Patients at Tambon Muangngam, Amphur Sao Hai, Saraburi Province. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage*.5(1), 103-112. (in Thai).

Chaengpromma K. (2018). Factors Related to HbA1c Levels in Type 2 Diabetic Patients at Prayuen Hospital in Khon Kaen Province, Srinakharinwirot University Journal (Science and Technology Program) 10 (19),1-13. (in Thai).

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing,* 16 : 354-361.

Gibson, C. H. (1995). The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Journal of Advanced Nursing*. 21, 1201-1210.

Intharabut M., Muktabhant Benja. (2007). Perception and Practices of Dietary Control in Type 2 Diabetic Patients. *Srinagarind Medical Journal.* 22(3), 283-290. (in Thai).

Jermjitphong A. (2017).The Effects of Empowerment Program to Knowledge and Control Blood Sugar of Diabetes Type II Patients Khokphochai Hospital, Khokphochai District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*. 29(334), 30-33. (in Thai).

Kessin J. (2013).Self-management, Knowledge, Quality of life in New Cases with Type II Diabetes Mellitus, Pre-Post Type II Diabetes Patients Self-management Program in Urban Areas, Uthaithani Province. Journal of Nursing Division. 40(1),84-403.

Kanglee K. (2014).Factors Associated With Glycemic Control Among People with Type 2 Diabetes Mellitus at Phramongkutklao Hospital, Bangkok. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 15 (3), 256-257. (in Thai).

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (4 th ed.). St. Louis: Mosby.

Phongprapapan Pensri. (2010). Development Health Promotion Model for Holistic Care of Diabetic Patients in Community of Puranavas Temple, Bangkok, Thailand. Department of Nursing Faculty of Nurse Bangkok Thanabut University. (in Thai).

Poomsanguan K. (2014). Health Empowerment: Nurses' Important Role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 15(3), 86-90. (in Thai).

Prasertampisakul N. et al. (2008). Factors Predicting Hyperglycemic Preventive Behaviors among Older Persons with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. Master of Nursing Program (Family Practice Hospital), Thammasat University. (in Thai).

Rachawat R. (2007). *Effects of self-regulation program on arm swing exercise behavior and blood sugar of diabetic patients in community.* Master degree of Community Practice Nursing, Faculty of Nursing Burapha University. (in Thai).

Sriklo M. et al.,(2014). Effects of Foot Care Promoting Program on Perceived Empowerment and Foot Care Behaviors or Patients with Diabetes Mellitus Type 2 at Tambon Bann Klongsuan Health Promoting Hospital, Samut Prakarn Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 30(2),68-79. (in Thai).

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

1) วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship เป็นวารสารรายหกเดือนหรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับ ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)
2) เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การแพทย์ทางเลือก ด้านสาธารณสุข หรือสังคมศาสตร์สุขภาพ ที่เกี่ยวกับเชิงนโยบาย การบริหาร การศึกษา การพัฒนา และเชิงธุรกิจสุขภาพ
3) รับบทความประเภท บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Journal Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) และบทวิจารณ์บทความ (Article Review)
4) บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการประเมินจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน ผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด
5)บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
6) บทความต้องมีส่วนประกอบ ดังนี้

- ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ชื่อ–นามสกุล ที่อยู่ที่สามารถติดต่อต่อได้ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ตำแหน่งที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด และ e-mail ของผู้เขียนใส่มาในบทความด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

- บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่น้อยกว่า 150 คำ และไม่เกิน 250 คำ สำหรับคำสำคัญ (keywords) จำนวน 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

7) ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 <u>แบบหน้าเดียว</u> ความยาวไม่เกิน 15 หน้า เว้นระยะ 1 บรรทัด (Single space) เว้นห่างจากขอบบน 2.5 ซม. ขอบซ้าย 2.5 ซม. ขอบขวา 2 ซม. และขอบล่าง 2 ซม.
8) การพิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1. ชื่อเรื่อง (Title) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 ตัวหนา ขนาดตัวอักษรในส่วนของชื่อเรื่องควรใหญ่กว่าชื่อผู้แต่งและชื่อหน่วยงาน **ทำตัวหนา**

2. ชื่อผู้แต่ง (Author) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ขนาดตัวอักษรในส่วนของชื่อผู้แต่งควรเล็กกว่าชื่อเรื่อง และอยู่ถัดลงมาจากชื่อเรื่อง **ทำตัวหนา**

3. ชื่อหน่วยงานของผู้แต่ง (Affiliation) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ขนาดตัวอักษรในส่วนของชื่อหน่วยงานของผู้แต่งควรเล็กกว่าชื่อเรื่อง และอยู่ถัดลงมาจากชื่อผู้แต่งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และจัดขอบให้ชิดขวา และใช้คำดังนี้ **ทำตัวหนา**

- ภาษาไทย ใช้คำว่า “**หน่วยงานผู้แต่ง**” ตัวอย่างเช่น **หน่วยงานผู้แต่ง:** ภาควิชาการอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- ภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า “Affiliation” ตัวอย่างเช่น Affiliation: Department of Education, Faculty of Nursing, Naresuan University

4. บทคัดย่อ (Abstract) ชื่อหัวข้อของบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ตัวหนาและใช้คำดังนี้

- ภาษาไทย ใช้คำว่า “บทคัดย่อ”

- ภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า “Abstract”

5. คำสำคัญ (Keywords) ชื่อหัวข้อของคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ตัวหนาและใช้คำ ดังนี้

- ภาษาไทย ใช้คำว่า “คำสำคัญ”
- ภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า “Keywords”

6. บทนำ (Introduction) ชื่อหัวข้อของบทนำภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ตัวหนา และใช้คำดังนี้

- ภาษาไทย ให้ใช้คำว่า “บทนำ”
- ภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า “Introduction”

7. เอกสารอ้างอิง (Reference) ชื่อหัวข้อของเอกสารอ้างอิงภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ตัวหนาและใช้คำดังนี้

- ภาษาไทย ให้ใช้คำว่า “เอกสารอ้างอิง”
- ภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า “References” หรือ “Bibliography”

8. ชื่อกราฟ ตาราง รูปภาพ ภาษาไทย

9) การส่งต้นฉบับพร้อมแบบฟอร์มการเสนอบทความผ่านระบบการส่งบทความแบบออนไลน์หรือระบบ Online Journal System (OJS) ที่เป็น web site ที่วารสารได้กำหนดไว้ให้ทาง http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss

10) การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA Style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร มีรายละเอียดและตัวอย่างของเอกสารอ้างอิง ดังนี้

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

Davis, Keith. (1967). Human Relation at Work: The Dynamic of Organization Behavior. New York: McGraw-Hill.

บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร. ปีที่* (เดือน): เลขหน้า.

Egloff, G. & Fitzpatrick, A. (1997). Vocationally Oriented Language Learning. *Learning Teaching Journal*. *30*(July): 226: 242.

เว็บไซต์

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-actions review*. [Online], Available: http:// www.bradley.edu/campusorg/psiphi.html. (1997, 8, October)

Computer Crime and Intellectual Property Section (CCIPS). (2003). How to Report Internet-Related Crime [Online], Available: http://www.cybercrime.gov/reporting.htm. (2004, 17 January)

จากแหล่งอื่นๆ

Agrawal, A. (2008, March 5–6). *The role of local institutions in adaptation to climate change*. Paper presented at the Social Dimentions of Climate Change, Social Development Department, The World Bank, Washington, DC.

Central Statistics Office of Rebublic of Botswana. (2008). *Gross domestic product per capita 06/01/1994 to 06/01/2008* [Statistics]. Available from CEIC Data database.

Supakorndej, S. (2003). *The process of recycling bank on Ban Thai Samakee community in Ban Pong, Ratchaburi*. Unpublished Master's thesis, Mahidol University.

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia.* Doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (เนื่องจากต้องทำให้วารสารเป็นมาตรฐาน ดังนั้น reference หากเป็นภาษาไทย ขอความกรุณาผู้เขียนบทความช่วยเปลี่ยนเป็น reference ภาษาอังกฤษด้วย ดังตัวอย่าง)

ปะราสี เอนก. (2554). องค์ประกอบทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณค่าในการใช้บริการสปาของนักท่องเที่ยวต่างชาติในจังหวัด เชียงใหม่. วารสารวิทยาการจัดการ. 28(2),64-72.

ให้เขียนเป็น

Parasee Anek. (2011). The Marketing Component Influence to the Value Perception in Using Spa Service of Foreigner Tourist in Chiangmai Province. Journal of management sciences. 28(2),64-72. (in Thai).

Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of Educational Measurement* (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Nunnally, J. (1978). Psychometric theory. New York: MacGraw-Hill.

Radermacher, H., Feldman, S., & Bird, S. (2010). Food security in older Australians from different cultural backgrounds. Journal of Nutrition, Education and Behavior, 42(5): 328-336.

การเขียนบทความวิจัย

บทนำ (Introduction) อธิบายความสำคัญของปัญหา และขอบเขตของการวิจัย สมมติฐาน (ถ้ามี) อาจรวมถึงการตรวจเอกสารไว้ด้วย

วัตถุประสงค์ (Objectives) วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review) หรือการตรวจเอกสาร เป็นการสังเคราะห์สาระจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อแสดงแนวความคิด ทฤษฎี และข้อมูลที่มีส่วนสัมพันธ์กับเรื่องที่วิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยหรือวิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ระบุวิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมถึงปี พ.ศ. ที่ทำการวิจัย วิธีวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย

ผลการศึกษาหรือผลของการวิจัย (Research Result) แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบ

บทสรุป วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ (Conclusion) เป็นการสรุปผลที่ได้รับจากการวิจัยรวมถึงการอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

การเขียนบทวิจารณ์หนังสือ

1. ต้องระบุข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือที่วิจารณ์ ดังนี้
   - ชื่อหนังสือภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ
   - ชื่อผู้เขียน/ผู้แต่ง ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ
   - ปีที่พิมพ์
   - สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์
   - จำนวนหน้า
2. การนำเสนอบทวิจารณ์หนังสือควรมีส่วนนำ ส่วนเนื้อหา และสรุปในทำนองเดียวกับการนำเสนอบทความ
3. การวิจารณ์ส่วนเนื้อหา ควรวิจารณ์แยกแต่ละบทหรือแต่ละบทความ (กรณีหนังสือที่รวบรวมบทความ)

ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

• ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือท้ายชื่อ เช่น นาย, นาง, นางสาว, ผศ.ดร., PhD, ร.ต.ต., พ.ต.ท.

• ไม่คำนำระบุสถานภาพผู้แต่ง เช่น นักศึกษาปริญญาเอก, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, ผศ.ดร., ผู้อำนวยการ..., คณบดีคณะ....., พยาบาลวิชาชีพ,

• สังกัดผู้แต่ง ต้องมีสังกัดเดียว (หากมีหลายสังกัดให้เลือกเพียง 1 สังกัด) และคำนำระบุ หน่วยงานระดับต้นเรียงไปจนถึง หน่วยงานหลัก จังหวัด รหัสไปรษณีย์และประเทศ เช่น ภาคนำวิชาฟิสิกส์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี Department of Physics, Faculty of Science, King Mongkut’s University of Technology Thonburi, Bangkok, 10140, Thailand

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141
โทรสาร 054-225-020
email: journalbcnlp@gmaill.com
http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss

กิจกรรม Nurses Run For Health 2019 พยาบาลชวนวิ่ง เพื่อสุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

2019

Journal of Health Sciences Scholarship

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

พิมพ์ที่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด กิจเสรีการพิมพ์ โทร. 0 54 31 0769
สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020
Email: journalbcnlp@gmail.com
Book Cover Design by O-pas Pramoonsin