



วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Health office

1. เพื่อส่งเสริมผลงานวิชาการวิชาชีพและนวัตกรรมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการ
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อให้มีวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากล

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือน มกราคม พฤษภาคม และกันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ปิ๊ด หังไพศาล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัมย์กุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวสุภาภรณ์ มิตรภานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รศ.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายวีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
----------------------------	--

กองบรรณาธิการ :

ทันตแพทย์หญิงนิรมล ลีลาอดิศร	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตกรรม) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
นายแพทย์นิสิต บุญอรัญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมลาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
อาจารย์พัชรา ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง

เภสัชกรพิทยาภรณ์ ศรีคำภา	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ว่าที่ พ.ต.ดร.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.สุพษณต์ ชมภูธวัช	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก
อาจารย์ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุเมตตา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สมบัติ อัมมระภา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อรุณ บุญสร้าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.อรทัย พวงแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เพชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.วิภาดา จันทน์มนทล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี
อาจารย์ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวชลธิดา แสงมะณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางจุไรรัตน์ กลางคาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 80 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทรศัพท์ 0-4372-2118 ต่อ 141 โทรสาร 0-4372-2117

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft word for windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร Angsana new ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช่คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้รับปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทยสำหรับปริญญา นั้นระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้พิมพ์ทำงานระบุชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ สำนักงานและโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการวิจัย ผลการวิจัย และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนตัวของบทนำ

วิธีการศึกษา (Methods หรือ Materials and Methods) ระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study design protocol) เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment บอกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษาชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการศึกษา (Results) แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ (Discussion) แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาวาดตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่...อย่างไร...เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น...วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็น

ย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

1. ชื่อเรื่อง (Title) ไทยและอังกฤษ พร้อมข้อความเกี่ยวกับผู้เขียน (Author) ไทยและอังกฤษ

2. บทคัดย่อ Abstract (ไทย-อังกฤษ) แยกตามหัวข้อโดยสังเขป บทคัดย่อภาษาไทยหรืออังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ดังนี้

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ :
รูปแบบการวิจัย :
วัสดุและวิธีการวิจัย :
ผลการวิจัย :
สรุปและข้อเสนอแนะ :

คำสำคัญ :

ABSTRACT

Purpose :
Study design :
Materials and Methods :
Main findings :
Conclusion and recommendations :

Keywords :

บทความวิจัย

ชื่อเรื่อง :

ชื่อผู้พิมพ์ :

บทคัดย่อ (Abstract) :

.....
.....
.....
.....

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) :

บทนำ (Introduction) :

.....
.....
.....

วิจารณ์ :

.....
.....
.....

วิธีการวิจัย :

.....
.....
.....

กิตติกรรมประกาศ :

.....
.....
.....

ผลการวิจัย :

.....
.....
.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver) :

.....
.....
.....

สารบัญ

	หน้า
รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน Model of Caring for High Risk Families and Communities in the COVID-19 Infection by Participatory Action Research : PAR ทินเทวีญ พุทธลา Tintawan Puttala	11
การพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสาว อำเภออมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ The Development of Process Problem Lead Exposure in Children at Ban Nonsawang Child Development Center Kamalasai District Kalasin Province พิกุล ภูมดี Pikul Puthomdee	23
ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ โภชนาการอย่างง่าย แบบทางเลือกสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด The Result of the Health Literacy Development Program on Food Label, Simplified Nutrition Label (Healthier Choice) on Consumption for Grade -8-students at Roi-Et Municipality ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์ Daranee Chitsongsawat	37
การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร Development of a Health Promotion Participative Program for Elderly Ban Thon sub district, Sawang Daen Din district, Sakon Nakhon Province สุรพล สายคำภา Suraphon Saykumpa	45
กระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Process to Health Promotion Strategic on Chaturaphak Phiman District Health Network, Roi-Et นรากร สุทธิประภา, ยุทธนา ผือโย Narakorn Sutthiprapa, Yuttana Phueyo	57
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล ในอำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด Factors Related with The Oral Hygiene Care for Bedridden Elders by Caregivers in Thawatchaburi district , Roi-Et Province มิ่งสมร กิตติธีรนันท์ Mingsamorn Kittiteeranun	69

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่
บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

81

The Development of Learning to a Community-Based on
Home Ward Care and Rehabilitation

ภัลลภา โสติสวัสดี้

Panlapa Sotitsawat

ประสิทธิผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาแบบบูรณาการของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

95

The effectiveness of Integrated Multi-Drug Resistant Bacteria Surveillance in Infection
Control Ward Nurses in Roi-Et Hospital

ภัศราภรณ์ ศิริษา

Phatsaraporn sirisa

สถานการณ์และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลศรีสมเด็จ อำเภอสรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

103

Situation and Treatment Guideline of Depression in Diabetic and
Hypertension Patients in Srisomdet Hospital Roi-Et Province

อัศราวุธ ใจหาญ

Asarawut Jaihan

การประเมินผลโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)

117

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Evaluation of Home Visit Project on Intermediate Care (IMC)

Community Health Nurse Practitioner Department, Roi-Et Hospital

เอมอร อาภรณ์รัตน์

Aimorn Arpornrat

การพัฒนาแบบการบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลน้ำขุ่น

131

Development of Oral Health Service Model and Denture in Older Persons Namkhun Hospital

ธีรภาพ ทศนานุกุลกิจ

Teeraphap Tassananukulkit

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพัฒนาแนวปฏิบัติการในการทำความสะอาด Laryngoscope ที่เหมาะสมเพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียใน Laryngoscope ที่ใช้ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด Development of Practice Guideline for Appropriate Laryngoscope Cleaning to Reduce Bacterial Contamination in Laryngoscopes used in Roi Et Hospital สุพัฒน์ ศรีธัญญรัตน์, ภัศราภรณ์ ศิริษา Supath Srithanyarat, Phatsaraporn Sirisa	137
ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี Prevalence and Factors Affecting with Glomerular Filtration Rate on type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension at Nong Han Hospital, Udon Thani Province อรุณโรจน์ อุ่นใจ Aroonrot Ounjai	153
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่ Effect of The Promotional and Health Behavior Change Models in Diabetic Risk Group เครือมาส อนันตา, พีรวิชัย พาตี, อำภา คนชื้อ Kruemas Ananta, Peerawit Padee, Ampa Konsue	163
การประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด Evaluation of Health Modification Behavior in Agings Diabetes Mellitus Project in Health Promoting Hospital Roi - Et Province นันทน์ลิน บรรจโรจน์, วรวิทย์ เพชรไพร, วชิราภรณ์ ลับภู, มาลัยพร บุตรศาสตร์, นิตยา เยาวพันธุ์, กุลธิดา สร้างโคก และคณะ Nunnarin Bunjarote, Worawuth Pethphai, Wachiraporn Lubpoo, Malaiporn Budsard, Nittaya Yoawapun, Kuntida sangsok, et al.	171
การวิจัยและประเมินผลแนวทางการดำเนินงาน และเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วมอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด Research and Evaluate of Guidelines Participatory for Implementation and Surveillance Rabies Nong Hi District, Roi-Et สุเพียร สมณา Supian Samana	183

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำซุ่น	197
The Establishment and Development of Clinic Chronic Kidney Disease in	
Diabetes Mellitus Nhamkun Hospital	
ชญ์ชिरาลักษณ์ ทศนานุกุลกิจ	
Chanunchiralux Tassananukulkit	

ประสิทธิผลการจัดการดูแลทางสังคมและจิตใจของผู้ป่วยโควิด -19	205
ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด	
The Effectiveness of Social Psychological Management	
for Patients with COVID-19 At Field Hospital, Roi-Et Province	
สุระ สุพรหมอินทร์* สุณี อารณ**	
Sura Suphomin, Sunee Arvon	

ผลการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน	213
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลม จังหวัดร้อยเอ็ด	
The Impact of Self-Management on Delaying Chronic Kidney	
Disease Progression For Type 2 Diabetic Patients in Rural community,	
Ban Saeng Laem Health Promoting Hospital, Roi-Et	
อารีย์ เพ็ญสุวรรณ, บุชบา บัวผัน	
Aree Phensuwan, Budsaba Buaphan	

รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

Model of Caring for High Risk Families and Communities in the COVID-19 Infection by Participatory Action Research : PAR

ทินเทวีญ พุทธลา*

Tintawan Puttala

Corresponding author : Email : tintawanpui@gmail.com

(Received: February 1, 2021; Revised: February 10, 2021; Accepted: February 25, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และครอบครัวผู้ติดเชื้อ จำนวน 50 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบ ความรู้ แบบวัดความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐานด้วย paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา

ผลการวิจัย : กระบวนการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ขั้นทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน การดำเนินการและประเมินผล พบปัญหาที่นำมาจัดทำแผนงาน คือ ความกังวล ความกลัวที่ตนเองจะติดเชื้อและป่วยจนถึงเสียชีวิต การป้องกันไม่ให้เป็นตนเองป่วยและเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยจะสอบถามกับใครได้บ้าง และหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : กระบวนการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในสถานการณ์ โควิด 19 ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านปรับตัวปรับจิตใจให้พร้อมเรียนรู้ครั้งใหญ่ที่จะรับมือกับ การดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ ก้าวผ่านความไม่เข้าใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่มั่นใจ โดยการมีส่วนร่วมของคนในหมู่บ้าน เป็นพัฒนาการของชุมชนที่สำคัญยิ่ง เมื่อพบวิกฤตใดๆ ผ่าน เข้ามาชุมชนก็จะสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ : รูปแบบ ; ชุมชนเสี่ยงสูง ; ไวรัสโคโรนา 2019

ABSTRACT

Purposes : To study the model of care for families and high-risk communities in corona 19 virus infection situations. It is a process of community participation and studies of knowledge, anxiety and practices in preventing infection with corona virus 2019 before and after development.

Study design : It is a community-based research on family care and high-risk communities in corona virus infection situations 2019.

Materials and methods : The population and samples are community leaders, public health volunteers, people, infected families, and 50 people. position and those associated with the infected person. Quantitative data compiled by questionnaires, knowledge, anxiety and practices in the prevention of corona virus infection 2019 analyzed data with percentage, average, standard deviation, and hypothesis test. paired t test at statistically significant level of .05 qualitative data collect data by engaging observations, group conversations and in-depth interviews, and analyze content data.

Main findings : The research results showed that The community participation model development process consisted of 4 steps: 1). Problem understanding step 2) Operation model setting 3) Action 4) Evaluation phase. The problems to create a plan which are: 1 concern, fear of being infected and sick to death 2.preventing myself from getting sick 3.when there is a problem or question, who can I ask? The subjects had better knowledge, anxiety, and post-development anti-COVID-19 practices than before, and had a statistically significant difference at .05

Conclusion and recommendations : Community Engagement Development Process In the 19th scenario, the villagers adjusted their minds to learn the big things that were going to cope with the new way of life. Step through incomprehension, anxiety, fear. Uncertainty by the participation of the people in the village. It's an important community development. When a crisis comes through, the community can manage it on its own.

Keywords : Model ; High risk community ; Corona virus 2019

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่มีอาการระบาดตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัส COVID -19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน ผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบ และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การ

อนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern:PHEIC)¹ เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 สำหรับประเทศไทย ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศจีน ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผลและแถลงสถานการณ์ในวันที่ 14 มกราคม 2563 ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงการขยายพื้นที่ระบาดในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ ผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาดอาจ

มีอาการเล็กน้อยทำให้ไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมาคือ ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวไทย ที่นิยมไปกินดื่ม การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่คือการระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนต้องมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563²

โดยการระบาดจากสนามมวยลุมพินีครั้งนั้น มีผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลับมาที่บ้านจังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมครอบครัว เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2563 มีอาการไข้ ไอ น้ำมูก ได้เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลศูนย์ และได้รับการตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกของจังหวัด ทำให้บุคลากร ครอบครัว ชุมชน และประชาชน มีความไม่เข้าใจ หวาดวิตก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่โรงพยาบาลศูนย์และครอบครัว ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยถูกกักกันเพื่อสังเกตการณ์เริ่มป่วย (Quarantine) ซึ่งเป็นกระบวนการจำกัดกิจกรรมของบุคคลที่มีความเสี่ยง เนื่องจากสัมผัสกับผู้ติดเชื้อระหว่างช่วงที่แพร่เชื้อ ทำให้ประชาชนมีความกังวลว่าตัวเองจะป่วยและอาจจะเสียชีวิตได้ไม่เข้าใจว่ากลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับการรักษาจากแพทย์ คือ ผู้ที่มีอาการเช่นไร เมื่อไม่มีผู้ใดให้ความกระจ่างกับข้อสงสัยของประชาชนในชุมชนที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำให้เกิดความวุ่นวายในชุมชน และเกิดความสับสนของบุคลากรเนื่องจากยังไม่มีความรู้ถึงโรคอาการ การติดต่อ การส่งต่อผู้ป่วย การประสานการดูแลระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์

อย่างไรก็ตามการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบปัญหาในการจัดการสถานการณ์โรคติดต่อที่เป็นภาวะเร่งด่วนทั้งเป็นปัญหาของบุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอและปัญหาของประชาชนในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ที่ต้องสร้างความเข้าใจในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นโรคใหม่ที่มีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วและรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การดำเนินงานทุกกระบวนการ จึงต้องอาศัยความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ และผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย แต่อยู่นอกพื้นที่ อำเภอเชียงขวัญ เป็นการดำเนินงานที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ควบคุมสถานการณ์ความไม่เข้าใจ ความวุ่นวายที่เกิดขึ้นให้จบลงในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือจากทุกเครือข่าย ผู้วิจัยจึงเลือกการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้มีบทบาทหลักในการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการร่วมประเมินผลในเรื่องที่เป็นปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนของตนเอง³ ลักษณะที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ 1) การเป็นวงจรที่ประกอบด้วย การสังเกต การสะท้อนคิด การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การแลกเปลี่ยน 2) เป็นวิธีการที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) เป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ 4) เป็นพลวัตร มีความยืดหยุ่นมากในแง่ของกิจกรรม 5) เป็นการพัฒนา 6) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์⁴ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นกระบวนการวิจัยที่มุ่งศึกษาชุมชนด้วยนักวิจัยร่วมกับผู้มีส่วนร่วม ร่วมกันทำงานกันอย่างเป็นระบบผ่านวงจรรอบด้วยการเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผน และ

ติดตามประเมินผล สะท้อนถึงวิธีการเปลี่ยนสถานการณ์หรือการสร้างความสามารถของชุมชน โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และทุกขั้นตอนมีสมาชิกของชุมชนเข้าร่วมด้วย⁵ ระยะเวลาดำเนินการ 18 มีนาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2563 ในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน ครอบครัว ผู้ติดเชื้อ จำนวน 50 คนโดยผู้วิจัยเป็นผู้ขอเข้าพบกลุ่มประชากร ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยบทบาทหน้าที่ ตำแหน่ง และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คืออ่านหนังสือไทยและสื่อสารถามตอบภาษาไทย

ได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนจบโครงการเป็นเวลา 45 วัน และเกณฑ์คัดออกคือป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง โรคทางระบบประสาท พิกัดทางสมองและโรคจิตเภทที่ในการให้เลิกจากการศึกษาคือเก็บข้อมูลครบก่อนวันกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนและมีการปรับแผนเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาที่พบเป็นรายวัน โดยมีขั้นตอนและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สำคัญดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือ
1. ขั้นทำความเข้าใจปัญหา	1. ประชุมชี้แจง โครงการและคืนข้อมูลการพบผู้ติดเชื้อโควิด 2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มทักษะแนวคิดการทำ PAR 3. วิเคราะห์ชุมชนและสถานการณ์ การนำความรู้สู่การปฏิบัติ ในการดูแลครอบครัวและชุมชนในการก้าวผ่าน	แบบบันทึกการสังเกต ในระหว่างดำเนิน กิจกรรม
2. ขั้นกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน	1. กำหนดประเด็นปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติ 2. วางแผนปฏิบัติการ 3. เสนอรูปแบบการดูแลไปที่ พชอ.และ พชต.	แบบบันทึกการสังเกต ในระหว่างดำเนิน กิจกรรม
3. ขั้นดำเนินการ	1. ปฏิบัติการตามแผน 2. วิเคราะห์การดำเนินงานทุกวัน 3. ติดตาม ประเมินผลและปรับเปลี่ยนกลวิธีทุกวัน	แบบบันทึกการสังเกต ในระหว่างดำเนิน กิจกรรม
4. ขั้นประเมินผล	1. ประเมินกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูล 2. รายงานผลแก่เครือข่าย ชุมชน พชอ.และ พชต. เป็นระยะ	1.แบบบันทึกการสังเกต ในระหว่างดำเนิน กิจกรรม 2.แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3.การสนทนากลุ่ม

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามความรู้ แบบวัดความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ข้อคำถามได้จากเอกสารวิชาการจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 1 คือขั้นทำความเข้าใจข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายยังไม่เข้าใจ ความวิตกกังวล ความกลัว จากการไม่ทราบลักษณะของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นโรคระบาดใหม่และไม่คาดคิดว่าจะมี ผู้ติดเชื้ออยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีตัวอย่างหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การติดเชื้อ ยังไม่มีความเข้าใจที่ตรงกันของประชาชนในหมู่บ้าน เกิดความสับสน นำไปสู่การ ทะเลาะกัน ในหมู่บ้าน ประกอบกับเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความรวดเร็วในการดำเนินงาน การจัดทำแบบสอบถามจึงผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญในอำเภอเชิงขวัญ คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานไวรัสโคโรนา 2019 งานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านการควบคุมสอบสวนโรค จำนวน 5 คน ข้อคำถามแยกเป็นความรู้ จำนวน 10 ข้อ คำตอบถูกผิดความวิตกกังวล จำนวน 5 ข้อ คำตอบ จำนวนครั้งที่เกิดภายใน 7 วัน แบ่งเป็น 3 ข้อคำตอบคือ มีอาการเกือบทุกวัน มีอาการ 1-3 ครั้งและไม่มีอาการ และการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ คำตอบ จำนวนครั้งที่ปฏิบัติภายใน 7 วัน แบ่งเป็น 3 ข้อคำตอบคือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 1-3 ครั้งและไม่ปฏิบัติ รวมข้อคำถามทั้งหมดเป็น 25 ข้อ

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.2.1 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participative Observation) คือการเข้าไปมีส่วนร่วมเรียนรู้พัฒนารูปแบบของการจัดระบบให้มีความสอดคล้องกับบริบทในแต่ละครั้งของการดำเนินกิจกรรม/โครงการ ตั้งแต่การเข้าร่วมประชุม การทำกิจกรรม การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ที่ทำการบันทึก คือ ผู้วิจัย และมีการตรวจยืนยันข้อมูลโดยผู้บันทึกอีก 1 คน จำนวน 3 ครั้ง เมื่อเริ่มต้น ขณะและ

สิ้นสุดการดำเนินโครงการ

1.2.2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview)

และแบบสนทนากลุ่ม โดยมีโครงสร้างคำถามกว้างๆ ในกลุ่ม 1) ผู้นำชุมชน กลุ่มประชากร โดยผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้รู้เรื่องนั้นๆ ในประเด็น ปัญหาที่พบ เป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม กระบวนการที่จะบรรลุเป้าหมาย การร่วมดูแลครอบครัวและชุมชนที่พบผู้ติดเชื้อ สิ่งที่ต้องการให้โรงพยาบาลและรพ.สต. ช่วยเหลือด้านสุขภาพ ด้านอื่นๆ 2) ครอบครัวผู้ติดเชื้อในประเด็นปัญหาที่พบสิ่งที่อยากให้โรงพยาบาลและรพ.สต. ช่วยเหลือด้านสุขภาพ ด้านอื่นๆ

ผู้ที่ทำการสัมภาษณ์และผู้นำในการสนทนากลุ่มคือผู้วิจัยโดยดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนา 2 กลุ่มๆ 3 ครั้ง เมื่อเริ่มต้น ขณะและสิ้นสุดดำเนินโครงการ

2. การตรวจสอบข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงใช้หลักการสามเส้า (Triangulation) โดยอาศัยความแตกต่างด้านแหล่งข้อมูล สถานที่และความแตกต่างด้านเวลา มาพิจารณาถึงความเสมอต้นเสมอปลายของข้อมูล ได้แก่

1) การตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันคือ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์มาเปรียบเทียบ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายกลุ่มแต่ละกลุ่ม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องว่าจะเหมือนกันหรือแตกต่างกัน 2) การตรวจสอบโดยการเก็บข้อมูลเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกัน แล้วนำมาเปรียบเทียบว่าข้อมูลเหมือนเดิมหรือขัดแย้งกัน และ 3) การตรวจสอบโดยการเก็บข้อมูลเดียวกันโดยผู้บันทึก 2 คน เช่น แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่มีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการบันทึกข้อมูลว่ามีความเหมือนกันหรือแตกต่างกัน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย : วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0032564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test (One group pre-test post-test)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มครอบครัวผู้ติดเชื้อ และกลุ่มประชาชน ในประเด็นการ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมนำสู่การปฏิบัติและร่วมประเมินผล โดยข้อมูลจากการสังเกตจะบันทึกในแบบบันทึกภาคสนาม ข้อมูลสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มจะถูกบันทึกในเทปบันทึกเสียงและถอดข้อความ แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า กลุ่มเป้าหมายจำนวน 50 คน เป็น ผู้นำชุมชนทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จำนวน 8 คน (16.0%) อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน (20.0%) ประชาชนทั่วไป 26 คน (52.0%) และครอบครัวผู้ติดเชื้อ 6 คน (12.0%) กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง (62%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (58%) สถานภาพสมรสคู่ (64%)

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการดำเนินการ 4 ระยะ สามารถสรุปเป็นรูปแบบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยการวิเคราะห์พื้นที่โดยการสอบถามจากบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ครอบครัว ผู้ติดเชื้อ จำนวน 50 คน โดยเป็นการอธิบายและให้ข้อมูลด้านโรค การดูแล ครอบครัวและชุมชน ภาวะเครียดที่จะเกิดขึ้น ความสับสน การจัดการปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นโดยคนในชุมชน และมีการจัดลำดับปัญหาที่พบในขณะนั้นดังนี้

ลำดับที่ 1 ความกังวล ความกลัว ที่ตนเองจะติดเชื้อ และป่วยจนถึงเสียชีวิตเนื่องจาก ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร ได้อย่างไรที่น่ากลัวมีการป่วยหนักและเสียชีวิตจำนวนมาก

ลำดับที่ 2 การป้องกันไม่ให้ตนเองป่วย เนื่องจาก ไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไร เพื่อป้องกันตนเองและครอบครัว ชุมชน เนื่องจากมีผู้ติดเชื้ออยู่ในหมู่บ้าน และการ

ติดต่อแพร่กระจายเชื้ออย่างไร มาตรการของชุมชนจะอย่างไร งานบุญประเพณี กิจกรรมในหมู่บ้านที่มีการรวมของคนจำนวนมาก ตลาดนัด วัด

ลำดับที่ 3 เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยจะสอบถามกับใครได้บ้าง เนื่องจาก ความสับสนของประชาชนในหมู่บ้าน การถูกถามจากคนรอบข้างของหมู่บ้าน ญาติพี่น้อง และอาการต่างๆ ที่สงสัยว่าตนเองมีการติดเชื้อหรือไม่ การทำความสะอาดบ้าน สิ่งของเท่าไรถึงจะมั่นใจว่าจะไม่มีเชื้อโรค ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน เมื่อผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้ปัญหาที่พบในขณะนั้น จึงได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการสร้างมาตรการป้องกัน และสร้างความปลอดภัยในชุมชน การสื่อสารให้ความรู้ในการดูแลป้องกันตนเองและผู้อื่นกำหนดกิจกรรม วันที่ ช่วงเวลา และผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการ มีการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดขึ้น พบปัญหามากมาย ได้แก่ ความไม่มั่นใจว่าครอบครัวผู้ติดเชื้อจะกักตัวเอง ความเครียดของครอบครัวผู้ติดเชื้อที่ดูเหมือนเป็นภาระของคนในชุมชน ถึงแม้ชุมชนจะยินดีร่วมมือร่วมใจ มาดูแล ทำความสะอาดบริเวณบ้าน รอบๆ บ้าน การทำอาสาสมัครสาธารณสุขมาวัดอุณหภูมิร่างกายทุกวัน อุปกรณ์ในการป้องกันคือหน้ากากอนามัยไม่เพียงพอ เจลล้างมือ รวมถึงการที่ชุมชนเป็นผู้จัดหาอาหาร เครื่องใช้มาให้ครอบครัว การตามหา กลุ่มเสี่ยงสูงที่เกิดกับผู้ติดเชื้อมาคัดกรอง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล มีการประเมินผลเป็นระยะๆ ทุกวัน โดยผู้นำชุมชน ร่วมกับ บุคลากร รพ.สต. และผู้วิจัย และมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน และการประสานขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลอื่น โรงเรียน สมาคมแม่บ้านอำเภอ วิสาหกิจชุมชน เพื่อช่วยในการจัดทำผ้าปิดปากให้เพียงพอสามารถทำความสะอาดและนำกลับมาใช้ได้ การเพิ่มช่องทางการสื่อสารเดิมจะมาจากการประกาศเสียงตามหอกระจายข่าว การส่งข่าวข้อมูลความรู้ทาง รพ.สต.พบว่า ความเข้าใจยังไม่มากพอที่จะทำให้ประชาชนในหมู่บ้านสามารถป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ออกจากบ้าน การจำกัดบริเวณที่จะไปนอกบ้าน จึงได้เพิ่มช่องทางการสื่อสาร

และการลงเยี่ยมประชาชนในหมู่บ้านและครอบครัวทุกวัน ช่วงเวลา 08.30-10.00 น. โดยผู้วิจัยกับนักวิชาการสาธารณสุขเพื่อตอบปัญหาหรือข้อสงสัยและให้ช่องทางการสื่อสารทาง line ที่สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา ประชาสัมพันธ์สื่อ Online ที่มีความน่าเชื่อถือคือจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับประชาชน การจัดงานบุญประเพณี การดำเนินการเมื่อต้องมีการรวมตัวกัน เช่น งานศพ ตลาดนัด โรงเรียน วัด

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ ทุกครั้งได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายทั้งในเรื่องการตรงต่อเวลา การร่วมแสดงความคิดเห็น การให้คำปรึกษา การทำมาตรการของหมู่บ้านในการจัด/จำกัดพื้นที่ การจัดงานรื่นเริง งานบุญประเพณี การดูแลทำความสะอาดในบ้าน บริเวณรอบๆ บ้านผู้ติดเชื้อและสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ในวัด ดังผลการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนว่า “คนในหมู่บ้านแข่งขันครัวเรือนจะส่งคนในครอบครัวมาร่วมกิจกรรมเสมอ แต่ถ้าครอบครัวไหนไม่มีใครอยู่บ้าน เขาก็มาร่วมในช่วงเย็น ถ้ามีกฎกติกาในหมู่บ้าน ชาวบ้านก็เห็นด้วย โดยเฉพาะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน” และพบว่าในขั้นตอนการติดตามประเมินผลหลังจากหมู่บ้านได้กำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 นั้น ผู้ได้รับมอบหมายได้ดำเนินงานตามที่วางแผนเป็นอย่างดี พร้อมให้คำแนะนำในประชาชนที่ไม่ปฏิบัติตามกติกาหมู่บ้าน และได้มีการออกแบบการอยู่ร่วมงานศพของคนในหมู่บ้าน โดยการเว้นระยะห่างของผู้มาร่วมงาน การคัดกรองก่อนเข้าร่วมงาน การไม่รับประทานอาหารร่วมกัน โดยเจ้าภาพจัดอาหารให้เป็นชุด ๆ และมอบให้กับผู้มาร่วมงานกลับไปทานที่บ้าน การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ร่วมงาน การเว้นระยะห่างของการวางดอกไม้จันทน์ สำหรับงานแต่งงาน งานบวช งานทำบุญบ้าน งานอื่น ๆ กติกาหมู่บ้านให้เลื่อนออกไปก่อนจนกว่าจะมีคำสั่งเปลี่ยนจากผู้นำระดับประเทศ ระดับจังหวัด

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกและรายกลุ่มในกลุ่มครอบครัวพบว่ามีความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และ

เครียดทุกครั้งที่ได้มีการรวบรวมข้อมูล ความเครียดของครอบครัวไม่ใช่ว่าด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อแต่กลับเป็นความไม่สบายใจ ความทุกข์ที่คิดว่าตนเองเป็นผู้ทำให้เกิดความเสียหายชื่อเสียงของหมู่บ้าน ความอับอายที่แหล่งติดเชื้อเป็นสถานที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่กล้าไปพูดคุยกับใครถึงแม้จะมีเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมาพูดคุย และให้ความมั่นใจถึงความช่วยเหลือเกื้อกูลของคนในหมู่บ้านที่มีมาตลอด ดังคำพูดของภรรยาผู้ติดเชื้อว่า “บ่มีผู้ใดรังเกียจฉันทดกค้ะ แต่ฉันทบ่สบายใจ เป็นคนต้นเหตุ นอนกะบ่หลับ กินกะบ่ได้ ยิ่งเห็น ผู้นำชุมชน อสม. มาทำความสะอาดบ้านให้ ยิ่งอายเฟิ่น คนฮู้เหม็ด คุณหมอมาประเมินความเครียด ซึมเศร้าอยู่ คุณหมอให้ยาคลายเครียดกับยานอนหลับมากิน แต่ก็ยังนอนไม่ค่อยหลับกับกังวลสารพัด” สัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้จากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่รู้สึกว่าการในครอบครัวมีความเครียดสูงมาก หน้าตาไม่สดใส ไม่ค่อยคุยกับใคร อยู่แต่ในบ้าน ไปสอบถามถึงความต้องการ เพื่อที่ผู้นำจะอาสาไปหามาให้โดยเฉพาะสิ่งที่ต้องการ ได้แก่ อาหารแห้ง ผ้าอนามัย เครื่องปรุงรส ไข่ อาหารกึ่งสำเร็จรูป

กลุ่มผู้นำชุมชนกลุ่มอาสาสมัครและประชาชนทั่วไปพบว่า ความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจเกี่ยวกับมาตรการหรือแนวทางที่ได้กำหนดขึ้นมาจะทำให้ไม่มีการแพร่ระบาดของโรค การแพร่ระบาดของโรคเกิดจากละอองฝอยน้ำลาย เสมหะ สารคัดหลั่ง การปนเปื้อนแล้วจะจัดการได้จริงหรือไม่ เพราะเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น ทำความสะอาดบ้าน สิ่งของเครื่องใช้ สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านประมาณนี้แล้วจะไม่มีการติดเชื้อเพิ่มหรือไม่ เป็นคำถามมากมายที่นำไปสู่ความสับสน ไม่เชื่อมั่นจากสื่อสาธารณะต่าง ๆ ที่นำเสนอหลายเรื่องที่ไม่เหมือนกัน เนื่องจากเป็นโรคใหม่ที่ยังการสาธารณสุขยังไม่สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาดูแลได้ถูกต้อง ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่มที่ว่า “กลัวไปหมด กลัวแม้กระทั่งคนในครอบครัว คนข้างบ้าน จะไปไหนมาไหนสอบถามกันตลอด ใครโอใครจาม จะถูกมองหน้าและไม่ให้มาพูดคุยกับคนนอกบ้าน” “ใน เน็ตเขาพูดว่าโรคติดต่อตามอากาศอยู่แล้ว หน้ากากก็ป้องกันยากเพราะเราต้องถอดหน้ากากในช่วงทานข้าว ช่วงอยู่บ้าน อากาศเข้าไปอยู่ทุกที่ ในบ้านก็มี

เชื้อโรค” “ประสาทจะกินตายก่อนเชื้อโรค”

เมื่อผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในแต่ละครั้งที่มีการประชุม สันทนากลุ่ม จะมีคำถามมากมายที่แสดงถึงความไม่เข้าใจ ความกังวล ความเครียด ความไม่มั่นใจในมาตรการที่ได้กำหนดขึ้นมา ในกิจกรรมการดำเนินงานจึงมีการแก้ปัญหาในแต่ละประเด็นให้ชัดเจน เพื่อจะได้นำไปสู่การปฏิบัติของแต่ละทีมงาน โดยทีมงานจะเป็นผู้นำเสนอปัญหาที่หน้างานจริง ก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบปัญหาร่วมกัน นำเสนอวิธีแก้ไข การเข้าช่วยเหลือระหว่างทีมถ้าพบว่าปัญหาที่พบอาจจะจัดการไม่ได้ด้วยทีมเดียว ผู้วิจัยเห็นถึงความสามัคคีที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน ช่วยกันคิดหาทางแก้ไข โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น

เพียงผู้ให้ข้อมูลทางด้านการแพทย์ สำหรับกิจกรรม การแบ่งทีมงาน ระยะเวลาการทำงาน การติดตามงาน รวมถึงการไปให้กำลังใจครอบครัวโดยเลือกผู้ที่ครอบครัวให้ความไว้วางใจเข้าออกบ้านเป็นผู้เข้าไปดูแล รวมถึงการประสานงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา

หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น ($p<.001$,.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.8 และ 27.48 คะแนน (95%CI; 4.90,7.37 ; 10.36,11.24) ตามลำดับ แต่มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง ($p<.001$) โดยมีความวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 6.52 คะแนน (95%CI ; 4.05,5.06) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา Mean(SD)	หลังการพัฒนา Mean(SD)	Mean diff	95%CI	p
ความรู้	3.7 (4.46)	9.8 (0.37)	6.14	4.90,7.37	<.001
ความวิตกกังวล	11.08 (1.46)	6.52 (1.16)	4.50	4.05,5.06	<.001
การปฏิบัติตน	16.24 (2.52)	27.48 (1.25)	11.24	10.36,11.24	<.001

เมื่อแยกเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ทั้งความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายตอบคำถามความรู้ได้ถูกต้องมากขึ้นดังตารางที่ 3 ความวิตกกังวลพบว่าลดลงจากที่มีอาการเกือบทุกวันมาเป็น

มีอาการ 1-3 ครั้งใน 7 วันที่ผ่านมาและไม่มีอาการเกือบทุกข้อ ดังตารางที่ 4 การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าปฏิบัติตัวเป็นประจำมากขึ้นในทุกข้อ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ร้อยละของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

ข้อคำถาม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. โรคไวรัสโคโรนา 2019 แพร่เชื้อในอากาศผ่านทางฝอยละอองขนาดเล็ก น้ำลาย เสมหะ	20	50
2. การทำความสะอาดบ้าน สิ่งของเครื่องใช้ด้วยผงซักฟอกก็สามารถทำลายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	15	45
3. การอยู่ห่างจากบุคคลอื่นมากกว่า 1-2 เมตร เป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	25	50
4. การสวมหน้ากากอนามัยเลือกขนาดที่ปิดปากปิดจมูก เมื่อออกจากบ้านตลอดเวลา	16	48
5. หน้ากากอนามัยแบบผ้าที่ใช้กับประชาชนสามารถซักทำความสะอาดแล้วนำกลับมาใช้ได้	21	50
6. อาการของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ไข้ ไอ น้ำมูก หายใจไม่อึด อ่อนเพลีย	23	50
7. เมื่อไอ มีน้ำมูก จาม ให้สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาและจำกัดตนเองให้อยู่แต่ในบ้าน	19	49
8. ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวเท่านั้น	13	50
9. การล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังจับหรือใช้ของสาธารณะ หลังเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหารเป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	23	50
10. การไปตลาด วัด หรืองานที่มีคนจำนวนมากในหมู่บ้านที่รู้จักกันไม่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	20	50

ตารางที่ 4 ร้อยละคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา (n= 50)

อาการ	มีอาการเกือบทุกวัน		มีอาการ 1-3 ครั้ง		ไม่มีอาการ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. กังวลกลัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	40	5	10	5	0	40
2. นอนไม่ค่อยหลับตั้งแต่ได้ทราบว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน หมู่บ้าน	20	3	20	15	10	32
3.มีอาการเหมือนจะเป็นไข้ ไอ หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยง่าย	5	0	13	5	32	45
4. รับประทานอาหารได้ลดลงกว่าเดิม	15	4	16	13	19	33
5. รู้สึกเครียด	36	3	12	8	2	39

ตารางที่ 5 ร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 50)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติ 1- 3 ครั้ง		ไม่ปฏิบัติ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านและเมื่อต้องเข้าไปในที่ที่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย	0	46	8	4	42	0
2. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล อย่างน้อย 20 วินาที โดยเฉพาะหลังจับหรือใช้ของสาธารณะ หลังเข้าห้องน้ำและก่อนรับประทานอาหาร	10	45	19	5	21	0
3. รับประทานอาหารปรุงร้อน สดใหม่และใช้ช้อนกลางทุกครั้ง	5	45	22	5	23	0
4. ให้คำแนะนำกับบุคคลอื่นในการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การทำความสะอาดสิ่งของในบ้านและรอบๆ บ้าน	0	50	5	0	45	0
5. อยู่ห่างจากบุคคลอื่น 1- 2 เมตรเสมอ	0	46	11	4	39	0
6. เมื่อไอ จาม ทานใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือแขนหรือมือท่อนในการปิดปากเพื่อลดการฟุ้งกระจายของน้ำลาย น้ำมูก หรือสารคัดหลั่ง	6	44	16	6	28	0
7. ไปในที่ชุมชนที่มีคนไม่สวมหน้ากาก	40	0	10	4	0	46
8. รับประทานอาหารเนื้อสัตว์สุก ๆ ดิบ ๆ	5	0	10	5	35	45
9. ออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	5	42	11	8	34	0

ตารางที่ 5 (ต่อ) ร้อยละของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 50)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็น		ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	ประจำ		1- 3 ครั้ง			
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
10. นอนหลับพักผ่อนวันละอย่างน้อย 6 ชั่วโมง	33	40	12	8	5	2

วิจารณ์

รูปแบบการดูแลครอบครัวและชุมชนเสี่ยงสูงในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า เป็นกระบวนการที่เหมาะสมในสถานการณ์ ที่เร่งด่วน ที่จะทำให้สามารถเข้าถึงสถานการณ์ได้ ในหมู่บ้านในครอบครัวกลับมาสู่สภาพปกติ เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน เรียนรู้ในการแก้ปัญหาตามศักยภาพของชุมชน เกิดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลครอบครัวที่ติดเชื้อที่มีความเปราะบางของอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งในกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของหมู่บ้านนั้น เน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ระดมความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้าน ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถนำพาหมู่บ้านผ่านระยะวิกฤต จนถึงช่วงคลี่คลาย เกิดการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านในการแก้ปัญหา สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหา ติดตามประเมินผลการแก้ปัญหา โดยเน้นการทำงานเป็นทีม จริ่งจ้งตั้งใจ ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน ทุ่มเทกำลังกายกำลังใจกำลังความคิด มีความอดทนสูง ความใส่ใจของทีมหมู่บ้านและนักวิจัย⁶

สถานการณ์ของความสับสนในหมู่บ้านที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ที่เกิดความตระหนักก่อนตระหนัก ทำให้ประชาชนเกิดความรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต มาตรการป้องกันตัวเองหลายอย่างทั้งการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ หรือใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น การรักษาระยะห่างจากผู้อื่น การมีความรับผิดชอบในการกักตัวที่บ้าน⁷ การทำจิตใจ

ให้สบาย การลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวที่เกิดจากการขาดความรู้ ขาดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การเผชิญความท้าทายครั้งใหญ่ ขาดวิธีรับมือทางด้านจิตใจล้วนเป็นสิ่งที่ไม่เคยเกิดขึ้นไม่เคยต้องได้ปฏิบัติในอดีตที่ผ่านมา เกิดความไม่เข้าใจกัน ต่อต้านระหว่างกลุ่มที่เห็นด้วยกับไม่เห็นด้วยในมาตรการต่างๆ ที่หมู่บ้านกำหนดขึ้นมา โดยเฉพาะการต้องงดอุปประเพณี งานบวช งานแต่งงาน เป็นงานที่ปฏิบัติสืบเนื่องต่อกันมาตลอด เป็นงานที่ถูกวางแผนมานาน เตรียมสิ่งของอุปกรณ์ในการจัดงานแล้วต้องมางดในระยะเวลาสั้นๆ แต่เมื่อได้รับการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค การแพร่กระจายของเชื้อ การติดต่อ การป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องทุกวันในช่วงแรกของการรับทราบข่าวที่ทำให้เกิดความสับสนในหมู่บ้าน และที่สำคัญคือการสร้างสังคม สิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยในหมู่บ้าน โดยเฉพาะทางด้านจิตสังคม ซึ่งได้แก่ ความหวัง ความปลอดภัย ความสงบ ความเชื่อมโยงทางสังคมและประสิทธิภาพของตนเอง และชุมชนที่จะถูกแทรกเข้าไปอยู่ในทุกมาตรการทุกกระบวนการในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไปทำการศึกษาในกลุ่มโรคติดต่ออื่นๆ และกลุ่มโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะในการจัดการปัญหาที่มาแบบไม่คาดคิด
2. ควรมีการจัดการความรู้ด้านกระบวนการบริหารจัดการหมู่บ้าน ตำบลคุณภาพ อำเภอคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางและวิธีการต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับงานอื่นๆ รวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาระบบสุขภาพทุกระดับต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายอำเภอเชียงขวัญ สาธารณสุขอำเภอ
เชียงขวัญ ผู้บริหารอปท. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข
ประชาชนและผู้ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข
เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อ
กำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราช
กำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน
พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ; 2563
2. ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย.ประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2563, ราชกิจจานุ
เบกษา เล่ม 137, ตอนพิเศษ 48ง. (ลงวันที่ 29
กุมภาพันธ์ 2563).
3. Phuangsomjit. Participatory Action Research on
Research in Educational Administration.
(Book 2) (Unit 6-10) ; 3rd edition). Bangkok:
SukhothaiThammathirat Open University.
(in Thai);2014
4. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิลา วงศ์ไชยา. การวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการ
ประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560 ; 36(6)
: 192-202.
5. สัญญา ยีอราน และ ศิวิลัย วนรัตน์วิจิตร.การวิจัยเชิง
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการ
เปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ.วารสารเครือ
ข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561
; 5(2), 288-300.
6. รัถยานภิศ พลเสก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และ
ดลปภัฏ ทรงเลิศ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:
กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่าง
มีส่วนร่วม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้ 2561 ; 5(1) : 211-223.
7. อวาทิพย์ แว. COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพ
สุขภาพ 2563 ; 35(1) : 24-29.
8. กรมสุขภาพจิต. คำแนะนำมาตรการดูแลภาวะวิกฤติ
สุขภาพจิต (psychological crisis intervention)
ในการระบาดของโรคปอดบวมจากโคโรนาไวรัส 2019
ของประเทศไทย: รูปแบบโรงพยาบาล West China
[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต ; 2563
[เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : [https://
www.dmh.go.th/covid19/news1/view.
asp?id=12](https://www.dmh.go.th/covid19/news1/view.asp?id=12)
9. กรมสุขภาพจิต. มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของ
การระบาด COVID-19 Addressing Mental Health
and Psychosocial Aspects of COVID-19
Outbreak [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต ;
2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก :
[https://www.dmh.go.th/covid19/news1/view.
asp?id=10](https://www.dmh.go.th/covid19/news1/view.asp?id=10)

การพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหการสัมผัสสารตะกั่วในนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้าน โนนสว่าง อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of Process Problem Lead Exposure in Children at Ban Nonsawang Child Development Center Kamalasai District Kalasin Province

พิกุล ภูมดี*

Pikul Puthomdee

Corresponding author : E-mail : Pikuldaxin@gmail.com

(Received : March 23,2021 ; Revised : April 1, 2021 ; Accepted : April 30, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนากระบวนการแก้ไขการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนที่มีปริมาณสารตะกั่วในเลือดสูงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายศึกษาจากผู้ปกครองเด็ก จำนวน 13 คน และครู 2 คน และผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการโดยใช้กระบวนการแก้ไขการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนที่มีปริมาณสารตะกั่วในเลือดสูงในศูนย์พัฒนาเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage Deference

ผลการวิจัย : พบว่าสภาพแวดล้อมภายในและพฤติกรรมเด็กมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสสารตะกั่วของเด็ก และนักเรียนส่วนใหญ่มีปริมาณสารตะกั่วในเลือดระดับ 2.2 - 12.5 ไมโครกรัม / เดซิลิตร กระบวนการแก้ไขปัญหการสัมผัสสารตะกั่วประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการระดมความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหแบบมีส่วนร่วม และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครองเด็กมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ปริมาณสารตะกั่วในเลือดเด็กนักเรียนลดลงอย่างชัดเจน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ครูและผู้ปกครองเด็กมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่ว เพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : กระบวนการแก้ไข ; ปัญหการสัมผัสสารตะกั่วในนักเรียน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกมลาไสย

ABSTRACT

Purpose : To study problem conditions and develop a process for correcting lead exposure of school-children with high blood lead content in Ban Nonsawang Child Development Center.

Design : Action research design

Materials and Methods : 13 of parents of children, 2 teachers and stakeholders were conducted on Ban Nonsawang Child Development Center. This was performed using a lead exposure correction process of schoolchildren with high blood lead levels in Ban Nonsawang Child Development Center. Data were collected using knowledge test, attitudes, and behavioral to surveillance and prevent a lead exposure in children up 5 years of age. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and percentage deference.

Main findings : The internal environment and behavior of children were at high risk for children's lead exposure, and all most of the students had a level of lead in their blood at 2.2 - 12.5 micrograms/dl. The lead exposure solution process includes training and education for those involved and brainstorming for problem solving with participation. Moreover, parents had increased knowledge, attitudes, and behaviors of surveillance and prevention of lead exposure in schoolchildren and resulted in a significant decrease in the lead content in schoolchildren's blood.

Conclusion and Recommendations : The results of this research resulted in an increase in parents' knowledge, attitudes, and behavior in surveillance and prevention behavior of lead exposure in children aged 0-5 years.

Keywords : Development of process; Problem lead exposure in children

บทนำ

ตะกั่ว (Lead) เป็นสารเคมีประเภท ธาตุโลหะหนัก (Heavy metal) ที่มนุษย์มีโอกาสดำรงสัมผัสจากแหล่งต่างๆ หลายแห่ง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ศูนย์ควบคุมโรค แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา องค์การสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ และ องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (US Environmental Protection Agency : US EPA)¹ ระบุว่าแหล่งที่มีสารตะกั่ว ได้แก่ เหมืองตะกั่ว งานหลอมตะกั่ว กระบวนการผลิตและการทำงานที่มีการใช้สารตะกั่วใน กระบวนการผลิต เช่น การผลิตสี ผลิตของเล่นเด็ก ผลิต กระจกสี ผลิตเซรามิกส์ ผลิตเครื่องประดับเพชรและอัญมณี ผลิตท่อประปา สีที่มีตะกั่วผสม ผลิตเครื่องสำอางนอกจากนี้ ยังพบสารตะกั่วในน้ำมันแก๊สโซลีน (Gasoline) แหล่งเชื้อเพลิงต่าง ๆ และขยะอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น ดังนั้น มนุษย์จึง

มีโอกาสได้รับสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายจากหลายทางทั้ง จากการทำงานในกระบวนการผลิตที่มีสารตะกั่ว การสัมผัส ของเล่นที่ทำสีปนเปื้อนสารตะกั่ว และการอยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่มีสารตะกั่วปนเปื้อน และเนื่องจากสารตะกั่วเป็นสารเคมีที่ อยู่ใกล้ตัวเรา และถูกนำมาใช้ในอุตสาหกรรมหลากหลาย โอกาสสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายและสะสมอยู่ในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อร่างกายเกือบทุกระบบเช่น ระบบโลหิตจาก ภาวะโลหิตจางเนื่องจากการยับยั้งการสร้าง Heme ในเม็ด เลือด และภาวะ Hemolysis จากการยับยั้งเอนไซม์ที่ช่วยใน การคงสภาพของเยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดแดง ทำให้มีอาการ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วน ปลายโดยเริ่มจากมีอาการของระบบประสาทส่วนปลาย Peripheral neuropathy และหากร่างกายมีระดับสารตะกั่ว สูงมาก จะทำให้มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เกิด Encephalopathy มีอาการ ชิม Coma ชัก และเสียชีวิต

ชีวิตได้²

เด็กมีความเสี่ยงต่อพิษตะกั่วมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ชอบเอาของเล่นหรือวัตถุต่าง ๆ เข้าปาก เด็กชอบเล่นตามพื้นดิน การไม่ล้างมือ การดูดนิ้วหรือเอามือเข้าปาก ทำให้มีโอกาสได้รับสารตะกั่วที่ปนเปื้อนมากับฝุ่น หรือจากสีที่ใช้ทาของเล่น ในเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหาร เช่น ธาตุเหล็กวิตามินซี จะดูดซึมสารตะกั่วได้มากกว่าปกติ โดยเฉพาะตอนท้องว่าง ลำไส้เล็กของเด็กสามารถดูดซึมสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายได้มากกว่าผู้ใหญ่ถึง 5-10 เท่า³ และมีโอกาสเกิดภาวะพิษจากสารตะกั่วได้มากกว่าผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี สมอมน้ำหนักมาก และมีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมาก เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวประกอบกับตัวกรองกั้นระหว่างเลือดและสมอง ทำหน้าที่กรองสารพิษ หรือสารต่างๆ ไปสมองยังไม่สมบูรณ์ เป็นเหตุให้สารตะกั่วสามารถผ่านเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลางได้ และการกระจายของสารตะกั่วในเด็กส่วนใหญ่พบสารตะกั่วตกค้างอยู่ในเลือด และเนื้อเยื่ออื่นๆ ได้มากกว่าการไปสะสมในกระดูก ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ใหญ่

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคพิษตะกั่วในเด็กของประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนสารตะกั่วในเด็กและการศึกษาระดับตะกั่วในเลือดของเด็กมาอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น ปี พ.ศ. 2554 อรพันธ์ อันติมานนท์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาการปนเปื้อนฝุ่นตะกั่วของสมาชิกในครอบครัวที่ทำงานในอุตสาหกรรม และมีการใช้ตะกั่วแดงในกระบวนการทำงานในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย โดยทำการเก็บตัวอย่างฝุ่นตะกั่วบริเวณพื้นที่ที่อยู่อาศัยของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง และมีการเก็บตัวอย่างฝุ่นตะกั่วผิวหน้าบริเวณฝ่าเท้า ฝ่ามือของสมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานเก็บตัวอย่างเปรียบเทียบกับครัวเรือนใกล้เคียงที่ไม่มีสมาชิกทำงานที่อุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า ระดับตะกั่วบริเวณผิวหน้าสูงขึ้นในสมาชิกครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในบ้านของผู้ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรม และมีความสัมพันธ์กับระดับตะกั่วที่ปนเปื้อนบริเวณพื้นที่อยู่อาศัย ปี พ.ศ.2560 นวลจันทร์ เวชสุวรรณณี และคณะ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับตะกั่วในเลือดกับระดับสติปัญญาของเด็กวัยเรียนในหมู่บ้าน

คลิตี้ อำเภอนาทองกาญจนาบุรี ศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียน 623 คน (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6) ในพื้นที่หมู่บ้านคลิตี้ปนเปื้อนตะกั่ว และนอกพื้นที่ไม่ปนเปื้อนตะกั่ว พบว่า ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณตะกั่วในเลือดมีค่าระหว่าง 0.25-33.80 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ย 7.07 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ผลการตรวจประเมินคะแนนสติปัญญาในเด็กทั้งสิ้น 604 คน มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย 89.56 ซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศปี พ.ศ. 2554 (98.57) และพบว่าเด็กจำนวน 204 คน (ร้อยละ 44.74) มีคะแนนสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (IQ < 90) มีระดับตะกั่วในเลือด ≥ 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสติปัญญา กับพื้นที่ปนเปื้อนตะกั่ว พบว่า กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ปนเปื้อนตะกั่วคะแนนสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (IQ < 90) 123 คน (ร้อยละ 59.13) กลุ่มที่อยู่นอกพื้นที่ปนเปื้อนตะกั่วมีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย (IQ < 90) 175 คน (ร้อยละ 44.19) ($P < .01$) ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่านักเรียนที่อยู่ในพื้นที่ปนเปื้อนตะกั่วมีระดับตะกั่วในเลือดสูงกว่าพื้นที่ปกติ และมีคะแนนสติปัญญาต่ำกว่านักเรียนที่อยู่ในพื้นที่ปกติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของประเทศจีน อี้ยิปต์ รวมถึงประเทศไทย พบว่า สถานการณ์ระดับตะกั่วในเลือดของเด็กมีค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 3-78 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนใหญ่เด็กอาศัยในพื้นที่ใกล้แหล่งอุตสาหกรรมที่มีการใช้สารตะกั่ว เช่น โรงงานแบตเตอรี่ อู่ซ่อมเรือ และแหล่งชุมชนแออัดอยู่ในพื้นที่การจราจรติดขัด ผลการศึกษาได้สะท้อนให้ทราบว่า ตะกั่วในฝุ่นมีผลกระทบต่อสติปัญญาของเด็ก การพัฒนาการล่าช้า และตะกั่วสามารถปนเปื้อนได้ในของเล่นเด็ก และพื้นที่อยู่อาศัย

อย่างไรก็ตาม ปี พ.ศ. 2560 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม⁵ ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเฝ้าระวังการสัมผัสพิษสารตะกั่วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 47 แห่ง พังงา ชุมพร นครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานี โดยใช้เครื่อง XRF (X-ray Fluorescence Spectrometer) แบบพกพาอ่านค่าแบบ Real time ในการตรวจวัดหาสารตะกั่วในของเล่นเด็ก เครื่องเล่นสนาม รวมถึงสีทาอาคารที่อาจมีสารตะกั่วปนเปื้อนในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 782

ตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างของเล่นเด็ก เครื่องเล่นสนามที่มีสารตะกั่ว จำนวน 289 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 36.95 และได้ดำเนินการเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นตะกั่วในสิ่งแวดล้อม โดยเก็บตัวอย่างฝุ่นในบริเวณบ้าน และมือเด็กเล็กในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี และอำเภอทองผาภูมิ จำนวน 686 ตัวอย่าง พบว่า มีฝุ่นที่มีตะกั่วปนเปื้อนในที่อยู่อาศัย จำนวน 288 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 41.98 โดยพื้นที่ในการเก็บตัวอย่างเป็นพื้นที่ที่เด็กเล็กใช้ทำกิจกรรมเป็นประจำ เพื่อการรับรู้สัมผัสฝุ่นที่มีตะกั่วปนเปื้อนจุดของเด็กเล็กที่ทำกิจกรรมที่บ้าน

เช่นเดียวกับสถานการณ์จังหวัดกาฬสินธุ์นั้น รายงานสถานการณ์ปี พ.ศ. 2562 ใน “โครงการเด็กฉลาด ปลอดภัย ห่างไกลสารตะกั่ว : สถานการณ์การสัมผัสสารตะกั่วในเด็กกลุ่มอายุแรกเกิด-5 ปี” ศึกษาใน จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมลาไสย และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูวนารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจากการเก็บตัวอย่างเลือด กลุ่มตัวอย่าง 100 คน พบว่า ระดับตะกั่วในเลือด 0 ไมโครกรัม/เดซิลิตร จำนวน 15 คน (3.25%) 0.1-1.5 ไมโครกรัม/เดซิลิตร จำนวน 84 คน (18.18%) 5.1-9.9 ไมโครกรัม/เดซิลิตร จำนวน 0 คน และ 10 ไมโครกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป จำนวน 1 คน (0.22%) เมื่อพิจารณาเป็นโรงพยาบาลมลาไสย กลุ่มตัวอย่าง 31 คน พบว่า ระดับตะกั่วในเลือด 0 ไมโครกรัม/เดซิลิตร จำนวน 1 คน (0.22%) 0.1-1.5 ไมโครกรัม/เดซิลิตร จำนวน 29 คน (6.28%) 5.1-9.9 ไมโครกรัม/เดซิลิตร จำนวน 0 คน และ 10 ไมโครกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป จำนวน 1 คน (0.22%)⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสตะกั่วมีผลต่อระดับตะกั่วในเลือด ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากการขาดความรู้ มีเจตคติทางลบต่อการป้องกันการสัมผัสตะกั่ว และได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอที่จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สาเหตุเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด The PRECEDE PROCEED⁷ ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดการจัดกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา

เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ของผู้ปกครองเด็กขึ้นในครั้งนี้นำประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมได้แก่ 1) ปัจจัยนำที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรม ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่ว ช่องทางการสัมผัส และการป้องกันการสัมผัสตะกั่ว และการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้ปกครองเด็กเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการป้องกันการสัมผัสตะกั่ว 2) ปัจจัยเอื้อที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมด้วยการสนับสนุนทรัพยากรด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ปกครองเด็กและครูเพื่อสนับสนุนให้ผู้ปกครองเด็กป้องกันไม่让孩子สัมผัสตะกั่ว และ 3) ปัจจัยเสริมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรม ด้วยการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือน มีการควบคุมกำกับและดูแลให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปกครองเด็ก ประเมินผลการปฏิบัติด้วยการบันทึกพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่วของเด็กทุกวัน มอบรางวัลให้แก่ผู้ปกครองเด็กที่มีพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่วดีเด่นพร้อมกับการติดโปสเตอร์เตือน เพื่อให้เกิดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่ว ซึ่งผลของโปรแกรมสุขศึกษา ฯ จะส่งผลให้ปัจจัยทั้ง 3 นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่ว และลดการเกิดโรคพิษตะกั่วโดยศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็ก เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดโรคพิษตะกั่ว ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประโยชน์แก่พยาบาลอาชีวอนามัยในการนำโปรแกรมสุขศึกษา ฯ ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่วในเด็กแรกเกิด- 5 ปีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และพัฒนากระบวนการแก้ไขการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนที่มีปริมาณสารตะกั่วในเลือดสูงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง อำเภอภุมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนน

สวาง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสวาง จำนวน 2 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง 2) กลุ่มประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางแก้ไข ได้แก่ คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสวาง จำนวน 2 คน และผู้ปกครองเด็กนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสวาง จำนวน 13 รวม 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับ พิษวิทยาของตะกั่วจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ การเข้าสู่ร่างกายของสารตะกั่วจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ อันตรายจากการได้รับสารตะกั่วเมื่อเข้าสู่ร่างกาย จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ การป้องกันตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ

2) แบบวัดเจตคติที่มีอันตรายและการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับอันตรายของสารตะกั่ว มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อโดย เป็นแบบประเมินมาตราส่วนเรียงอันดับ 5 ระดับ

3) แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่ว (เฉพาะคุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) เป็นการวัดการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่ว เฉพาะคุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากโรคพิษตะกั่วมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนข้อละ 5 คะแนน รวมทั้งหมด 45 คะแนน ซึ่งเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

4) แบบบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสารตะกั่วในกระแสโลหิตของนักเรียน

การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.การสร้างแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว แบบวัดเจตคติที่มีต่ออันตราย และการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคตะกั่ว และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสตะกั่วของ

เด็กนักเรียน ดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสาร บทความ รายงาน งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับโรคพิษตะกั่วอันตรายและการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว การปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคตะกั่ว ตลอดจนปัจจัยและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสตะกั่วของเด็กนักเรียน

1.2 รวบรวมและแจกแจงประเด็นที่เป็นปัญหาและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาและป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว

1.3 นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว แบบวัดเจตคติที่มีต่ออันตราย และการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคตะกั่ว ที่สร้างขึ้น แล้วเสร็จเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเข้าใจและการใช้ภาษา เพื่อความถูกต้องเหมาะสม จำนวน 3 ท่าน และการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) พบว่า มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00

1.4 ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่เรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสระบัว อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Kuder-Richardson (KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบวัดเจตคติที่มีต่ออันตราย และการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่วหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่ว ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

1.5 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว แบบวัดเจตคติอันตรายของสารตะกั่วและการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคตะกั่ว นำมาปรับปรุงมาตรวจสอบให้ถูกต้อง

1.6 จัดทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว

แบบวัดเจตคติอันตรายของสารตะกั่วและการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคตะกั่วให้สมบูรณ์

2. การสร้างเครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้

2.1 รวบรวมคำถามประเด็นสนทนากลุ่ม ประเด็นการประชุม และตรวจสอบข้อบกพร่องในด้านภาษาและความถูกต้องด้านเนื้อหา

2.2 ข้อคำถามประเด็นสนทนากลุ่ม ประเด็นการประชุม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สอบถามความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเข้าใจและการใช้ภาษาเพื่อความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

2.3 จัดทำประเด็นการระดมความคิดเห็น ประเด็นสนทนากลุ่ม ประเด็นการประชุม เป็นฉบับสมบูรณ์

วิธีดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กที่มีปริมาณสารตะกั่วในเลือดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง ดังนี้

1. แหล่งข้อมูลแบบปฐมภูมิ (Primary Data) ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยสัมภาษณ์กลุ่มเฉพาะ คือ คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง ซึ่งบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับเด็กนักเรียนมากที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียน จำนวน 13 คน ที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง

2. แหล่งข้อมูลแบบทุติยภูมิ (Secondary Data) จากใบส่งตัวอย่างตะกั่วในเลือดโครงการ “เด็กฉลาด ปลอดภัย ห่างไกลสารตะกั่ว” จากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รวม 13 คน

3. ประชุมระดมความคิดเห็นกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหามาสัมผัสสารตะกั่วในเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหามาสัมผัสสารตะกั่วในเด็ก ดำเนินการแก้ไขปัญหามาสัมผัสสารตะกั่ว

ในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่างโดยนำแนวคิด PRECEDE PROCEED มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนากระบวนการ การแก้ไขปัญหา ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ การอบรมให้ความรู้แก่คุณครูและผู้ปกครองตามเนื้อหาที่กำหนด โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการให้สุศึกษาโดยใช้แบบสอบถามทางการวิจัย ทดสอบ วัดความรู้เกี่ยวกับพิษตะกั่ว วัดเจตคติต่ออันตรายของสารตะกั่วและการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่ว สอบถามการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่ว ปัจจัยเอื้อ คือ การสนับสนุนทรัพยากรที่ป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วให้กับบุคลากรโดยการจัดกิจกรรมสนทนาระหว่างแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างคุณครู ผู้ปกครองในประเด็นต่างๆ ได้แก่ อันตรายจากพิษตะกั่ว ความร่วมมือร่วมใจในการบริหารทรัพยากรเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร ประโยชน์ที่จะได้รับในชุมชน และปัจจัยเสริม คือ การกระตุ้นเตือน โดยใช้ คู่มือโปสเตอร์ต่างๆ ตลอดจนวิธีการควบคุมกำกับ ประเมินผล ให้งานวัด แก่ผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่วดีเด่นโดยการจัดกิจกรรมความร่วมมือระหว่างคุณครูและผู้ปกครองในการกระตุ้นเตือนเรื่องพิษภัยตะกั่ว จัดบอร์ด ติดป้ายไว้นิล จัดมุมเอกสารคู่มือเกี่ยวกับพิษตะกั่ว สร้างความตระหนักและการปรับพฤติกรรม การป้องกันสารตะกั่วแก่ผู้ปกครอง โดย มีการประกวดมอบรางวัลแก่ผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่วดีเด่น ซึ่งคุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ควบคุมกำกับและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยระหว่างเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

การเก็บรวมข้อมูลเชิงปริมาณ 1) ทำหนังสือจากโรงพยาบาลกมลาไสยประสานไปยังเทศบาลตำบลกมลาไสย เพื่อลงเก็บข้อมูลปัจจัยและพฤติกรรมเกี่ยวข้องการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง 2) นัดหมาย วัน เวลา ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย 3) ไปพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแนะนำตัวเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือตลอดจน

ชี้แจงรายละเอียดในการตอบ และ 4) นำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบความถูกต้อง

การเก็บรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) ทำหนังสือจากโรงพยาบาลกมลาไสยประสานไปยังเทศบาลตำบลกมลาไสยเพื่อลงเก็บข้อมูลปัจจัยและพฤติกรรมเกี่ยวข้องการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง 2) นัดหมาย วัน เวลาในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย และ 3) ไปพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแนะนำตัวเองและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือตลอดจนชี้แจงรายละเอียดในการระดมความคิดเห็น โดย 3.1) จัดประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง จำนวน 2 คน และผู้ปกครองเด็กนักเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง จำนวน 13 คน เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามปัจจัยและพฤติกรรมเกี่ยวข้องการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง โดยใช้รูปแบบการประชุม (การนำเสนอ การแสดงความคิดเห็น การลงมติ) ตามประเด็นต่างๆ 3.2) สรุปรายการลงมติที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นทุกประเด็นพร้อมบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนในแต่ละประเด็น 3.3) นำข้อสรุปจากการระดมความคิดเห็นสู่การปฏิบัติในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง และ 3.4) ประเมินผลการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกเป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในรายละเอียดตามประเด็นที่ต้องการจะศึกษาโดยข้อมูลทั้งสองจะสัมพันธ์และสอดคล้องกัน ดังนี้ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และการวัดความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเฝ้าระวังและการป้องกันสารตะกั่วในเด็กนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง โดยการลงรหัสและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการบันทึกความคิดเห็นและสรุปกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง และข้อมูลกลุ่มปฏิบัติการ กลุ่มทดลอง ตรวจสอบ

วิเคราะห์หาปริมาณสารตะกั่วในกระแสลอหิต โดยนำผลการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสารตะกั่วในกระแสลอหิต ทั้ง 13 ตัวอย่างเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบความแตกต่างของคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ใช้สถิติ Percentage difference (ความแตกต่างของร้อยละ) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 4 ค้นข้อมูลและขยายผล การพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการสัมผัส สารตะกั่วของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 6 แห่งได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสระบัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดปฐม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านน้ำจั้น โรงเรียนอนุบาลเทศบาลกมลาไสย และโรงเรียนเอกชนอีก 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนอนุบาลปิยวรรณ และโรงเรียนอนุบาลบ้านเย็น ดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือจากโรงพยาบาลกมลาไสยประสานไปยังเทศบาลตำบลกมลาไสยเพื่อแจ้งผลการพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง และเพื่อขยายผล การพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียน ไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษตะกั่ว การปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวัง การป้องกันสารตะกั่ว และการปรับเจตคติ แก่ครูผู้ปกครอง ตลอดจนผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ทำหนังสือจากโรงพยาบาลกมลาไสยประสานไปยัง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความร่วมมือสื่อสารความเสี่ยงเรื่องพิษตะกั่ว การปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังและการป้องกัน

สารตะกั่ว ตลอดจนปรับเจตคติแก่ครู ผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตอำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. จัดทำโปรแกรมการอบรมให้ความรู้ ในการอบรมแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยทำหนังสือจากโรงพยาบาลอมลาลัย ประสานไปยังเทศบาลตำบลอมลาลัย เพื่อแจ้งโปรแกรมการอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษตะกั่ว การปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวัง การป้องกันสารตะกั่ว และการปรับเจตคติ แก่ครู ผู้ปกครอง ตลอดจนผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบรมตามโปรแกรม โดยใช้สื่อ VDO บรรยายโดยวิทยากรจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กระทรวงสาธารณสุข แผ่นให้ความรู้ วัสดุ แผ่นพับ การสนทนากลุ่มย่อย และประเมินผล โดยการถาม-ตอบ มอบรางวัล คะแนนทดสอบความรู้ ก่อน-หลัง การอบรม ตลอดจนสอบถามความพึงพอใจ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คุณครู และผู้ปกครองเด็กนักเรียน

ผลการวิจัย

1. สภาพแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่างภายในอาคาร บริเวณผนังอาคาร ใช้สีน้ำมันทาและเขียนภาพเป็นสื่อการสอน เป็นมุมเด็กเล่น ตลอดจนเป็นมุมที่นอนของเด็ก ปัจจุบันสีลอกค่อนข้างมาก แต่เด็กใช้เป็นสถานที่ทำกิจกรรมตลอดทั้งวัน ส่วนภายนอกอาคารพบว่า สภาพของเล่นสนามทุกชิ้นเก่าและมีสีลอกค่อนข้างมาก เช่น ชิงช้า ม้าหมุน โคร่งเหล็ก ม้าโยกเหล็กทาสี กระดานลื่น เป็นต้น ซึ่งทั้ง 2 ส่วนถือว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียน จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนจากคุณครูผู้ดูแล พบว่า เด็กมีพฤติกรรมชอบและอยู่ในพื้นที่เสี่ยงสูงมากกว่ามีพฤติกรรมอื่น ๆ คิดเป็น ร้อยละ 84.6 และร้อยละ 92.3 ตามลำดับ และเมื่อ ตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสารตะกั่วในเลือดเด็กนักเรียนตามโครงการ เด็กฉลาดปลอดภัยทางไกลสารตะกั่วของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ก่อนเริ่มดำเนินการพัฒนาพบว่า นักเรียนมีปริมาณสารตะกั่วในเลือดเกือบทุกคน มีนักเรียนทั้งหมด จำนวน 13 คน พบสารตะกั่วในเลือด จำนวน 12 คน ปริมาณสารตะกั่วในเลือดระดับ 2.2 - 12.5 ไมโครกรัม / เดซิลิตร ได้แก่ นักเรียนมี

ปริมาณสารตะกั่วในเลือดระดับ 0.1-4.9 ไมโครกรัม ; (WHO ยอมรับได้) จำนวน 6 คน (46.2%) และ ระดับ 5.0-10.0 ไมโครกรัม ; ประเทศไทยยอมรับได้จำนวน 5 คน (38.4%) และมากกว่า 10 ไมโครกรัม ; พบปริมาณสารตะกั่วในเลือดสูงจำนวน 1 คน (7.7%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่านักเรียนมีปริมาณสารตะกั่วในเลือดระดับ 0 ไมโครกรัม ; ไม่พบปริมาณสารตะกั่วในเลือด จำนวน 1 คน (7.7%) เนื่องจากเป็นนักเรียนเข้าเรียนใหม่

2. การพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กบ้านโนนสว่างประกอบด้วย 1) การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครอง 2) การระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครอง 2.1) การปรับปรุงแก้ไขอาคารสถานที่ และ 2.2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. ผลการพัฒนา

3.1 การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ปกครองเด็กนักเรียนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่วเพิ่มขึ้นจากการพัฒนา โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 23.24 มีเจตคติต่ออันตรายจากสารตะกั่ว การป้องกันอันตราย และการรวบรวมกำจัดขยะอันตรายโดยรวมเพิ่มขึ้น (17.86%)

3.2 ครูมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่วเพิ่มจากก่อนการพัฒนา โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 7.45 มีเจตคติต่ออันตรายจากสารตะกั่ว การป้องกันอันตราย และการรวบรวมกำจัดขยะอันตรายโดยรวมเพิ่มขึ้น (5.62%) ส่วนการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่วของครูมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 36.45

3.3 การระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครองเด็ก มีการดำเนินการแก้ไข ดังนี้

1) ด้านอาคารสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ พบว่าสภาพแวดล้อมอาคารสถานที่ พื้นที่โดยรวมสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย ผนังที่เคยหลุดลอกได้รับการปรับปรุง

แก้ไขโดยใช้วอลเปเปอร์ปิดพื้นที่ถลอกแล้ว ดูแลสะอาดสวยงาม เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่มีฝุ่น มีการจัดมุมเด็กเล่นขึ้นใหม่ภายในอาคาร เป็นสัดส่วน สะอาด สวยงาม เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดบริเวณเรียนรู้และทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มเติม โดยใช้โต๊ะและเก้าอี้แทนการนั่งบนพื้น ส่วนของเล่นสนาม (ยังไม่ได้รับการแก้ไขแต่ งดให้เด็กเล่น)

2) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง มีความตระหนักและใส่ใจต่อการดูแลอาคารสถานที่ และกำกับพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กนักเรียนมากขึ้น ปฏิบัติตามข้อตกลงจากการระดมความคิดเห็นอย่างเคร่งครัด เช่น ทำความสะอาดศูนย์เด็กก่อนทำงานทุกวัน กำกับให้เด็กนักเรียนไม่ไปใกล้บริเวณที่มีสื่อกลอก (ตัวอย่างเช่น ให้งดการเล่นของเล่นสนาม) ตลอดจนกำกับให้เด็กมีวินัยในการล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือหลังจากคลานตามพื้น หรือใช้มือจับสิ่งสกปรก เป็นต้น ผู้ปกครองเด็กนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เห็นความสำคัญ ตระหนักและใส่ใจในการดูแลบุตรหลาน กำกับพฤติกรรมเสี่ยงของบุตรหลานมากขึ้น ให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่างเป็นอย่างดี เช่น การระดมทุนเพื่อปรับพื้นที่เสี่ยง เป็นต้น

3) ผลการตรวจปริมาณสารตะกั่วในเด็กนักเรียน หลังการพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง ผลการตรวจปริมาณสารตะกั่วในเลือดนักเรียน หลังการพัฒนา พบว่า นักเรียนมีปริมาณสารตะกั่วในเลือดลดลงระดับ 0 เพิ่มขึ้นจาก 1 คน เป็น 7 คน (53.8%) ระดับ 0.1-4.9 ไมโครกรัม ลดลงจาก 6 คน (46.2%) เหลือ 4 คน (30.8%) ระดับ 5.0-10.0 ไมโครกรัม ลดลงจาก 5 คน (38.4%) เหลือ 2 คน (15.4%) และระดับมากกว่า 10 ที่มีปริมาณสารตะกั่วในเลือดเด็กในระดับสูง ลดลงจาก 1 คน (7.7%) เหลือ 0 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่านักเรียนมีปริมาณสารตะกั่วในเลือดลดลง จำนวน 12 คน (92.4%) เพิ่มขึ้น จำนวน 1 คน (7.6%) ซึ่งเด็กนักเรียนที่มีปริมาณสารตะกั่วเพิ่มขึ้น 1 คนนั้น ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงในการสัมผัสสารตะกั่ว ได้แก่ การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ใช้ดินสอสีเขียน

ริมฝีปากและตามใบหน้าตนเอง และเล่นดินน้ำมันเป็นประจำทุกวัน

กล่าวสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครองเด็กมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนเพิ่มขึ้น และทำให้ปริมาณสารตะกั่วในเลือดเด็กนักเรียนลดลงอย่างชัดเจน (ยกเว้นกรณีเด็กนักเรียนที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีปัญหาคล้ายกัน

3.4 การคืนข้อมูลให้แก่ผู้บริหารฯ และขยายผลการพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง พบว่า

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารเทศบาลตำบลอมลาลัย อำเภออมลาลัย ให้ความสำคัญมาก ตระหนักในปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการดำเนินแก้ไขปัญหาก็ได้เข้าร่วมอบรมตามโปรแกรมการอบรม ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีเทศบาลอมลาลัย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองการศึกษา และเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลอมลาลัยรวมประมาณ 10 ท่าน มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างแท้จริง ตลอดจนแจ้งให้คุณครูและผู้ปกครองในโรงเรียนอนุบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตอำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 6 แห่ง ภาครัฐได้แก่ 1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสระบัว 2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดปฐม 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านน้ำจัน 4) โรงเรียนอนุบาลเทศบาลอมลาลัย เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมทุกแห่ง และประสานผู้บริหารโรงเรียนเอกชนเพื่อรับข้อมูลที่ เป็นประโยชน์อีก 2 โรงเรียน 1) โรงเรียนอนุบาลปิยวรรณ 2) โรงเรียนอนุบาลบ้านเย็น ซึ่งมีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมอบรมให้ความรู้ การพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมจำนวนทั้งสิ้น 70 คน แบ่งเป็น ครู/ครูพี่เลี้ยง 20 คน และผู้ปกครอง 50 คนรายละเอียดต่าง ๆ มีดังต่อไปนี้

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูโรงเรียนอนุบาล ครู

จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่รับราชการครู จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นครูพี่เลี้ยง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนระดับการศึกษาของครูและครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ช่วงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 การประเมินผลความรู้เรื่องการป้องกันสารตะกั่วในเด็ก จากแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเข้ารับการสื่อสารความเสี่ยงผ่านทางสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ (26 สิงหาคม 2563) พบว่า หลังการอบรมให้ความรู้ผ่านทางสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้แก่ครู/ครูพี่เลี้ยง มีระดับความรู้ ทั้ง 5 ประเด็น ซึ่งตอบถูกทุกข้อ (ใช่ ทุกข้อ) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ปกครองเด็กนักเรียน หลังการอบรมให้ความรู้ผ่านทางสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ปกครอง โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากสารตะกั่วของเด็ก ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาจากสื่อตะกั่ว จำนวน 8 ข้อ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ทั้งหมด 50 คน) มีระดับความรอบรู้ในหัวข้อที่ 1 - 8 ซึ่งตอบถูก (ใช่ ทุกข้อ) จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารความเสี่ยงผ่านทางสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้แก่ครูครูพี่เลี้ยง และผู้ปกครอง ในครั้งนี้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถตอบถูกในการประเมินข้อมูลเชิงลึกของความรู้ที่ได้ถ่ายทอดให้ไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอันตราย อาการแสดง วิธีการป้องกันเด็กจากสารตะกั่ว และการสื่อสารความเสี่ยงต่อไปยังบุคคลอื่น หรือคนในครอบครัวต่อไปได้อย่างดียิ่ง

วิจารณ์

จากสภาพแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สภาพอาคารเก่าสีทาสีอาคารหลุดลอกโดยเฉพาผนังมีสีถลอก รวมถึง เครื่องเล่นสนามเก่า มีสีถลอกทุกชิ้น ซึ่งบริเวณดังกล่าวเป็นจุดที่เด็กนักเรียนใช้ทำกิจกรรมเป็นประจำ อาจมีสารตะกั่วปนเปื้อน ซึ่งสอดคล้องกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม² ได้ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการเฝ้าระวังการสัมผัสสารตะกั่วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 47 ศูนย์ ในพื้นที่จังหวัดพังงา ชุมพร นครศรีธรรมราช และ

สุราษฎร์ธานีโดยใช้เครื่อง XRF (X-ray Fluorescence Spectrometer) แบบพกพาอ่านค่าแบบ Real time ในการตรวจวัดหาสารตะกั่วในของเล่นเด็ก เครื่องเล่นสนาม รวมถึงสีทาอาคารที่อาจมีสารตะกั่วปนเปื้อนในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 782 ตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างของเล่นเด็กเครื่องเล่นสนามที่มีสารตะกั่วจำนวน 289 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 36.95 และได้ดำเนินการเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นตะกั่วในสิ่งแวดล้อม โดยเก็บตัวอย่างฝุ่นในบริเวณบ้าน และมีเด็กเล็กในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี และอำเภอทองผาภูมิ จำนวน 686 ตัวอย่าง พบว่า มีฝุ่นที่มีตะกั่วปนเปื้อนในที่อยู่อาศัยจำนวน 288 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 41.98 โดยพื้นที่ในการเก็บตัวอย่างเป็นพื้นที่ที่เด็กเล็กใช้ทำกิจกรรมเป็นประจำ เพื่อดูการรับสัมผัสฝุ่นที่มีตะกั่วปนเปื้อนจุดของเด็กเล็กที่ทำกิจกรรมที่บ้าน และสอดคล้องกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม² ได้ดำเนินการศึกษาระดับสารตะกั่วในเลือดของเด็กที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ชุมชน จำนวน 296 คน พร้อมทั้งเก็บข้อมูลแบบสอบถามเพื่อสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว พบว่าระดับสารตะกั่วในเลือด มีค่าเฉลี่ย $5.65 + 3.05$ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (ug/dl) และพบว่าร้อยละ 8.1 มีค่าเกินมาตรฐานที่ 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (ug/dl) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสารตะกั่วในเลือด ได้แก่ การหลุดลอกของสีทาบ้าน หยิบสีเข้าปากและภูมิสำเนาของเด็ก

ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง ก่อนการอบรมให้ความรู้ ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปนเปื้อนและอันตรายของสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับเกษรา ญาณเวทย์สกุล และวียะดา แซ่เตีย³ ที่ได้ศึกษาปริมาณสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมและหารูปแบบการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน จำนวน 14 แห่ง พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.35) ขาดความรู้เกี่ยวกับการปนเปื้อนและอันตรายของสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อม

จากการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอนประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ

การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง การกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ วางแผนโครงการฯ ดำเนินการการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและประเมินผล ผลลัพธ์การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเนตรชนก จุละวรรณ⁹ ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้รายบุคคลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.05 (SD=0.54) ภายหลังให้ความรู้รายบุคคลทันที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 (SD=0.52) ส่วนหลังให้ความรู้รายบุคคล 2 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (SD=0.51) ในขณะที่ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ก่อนให้ความรู้รายบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 (SD=0.71) ภายหลังให้ความรู้รายบุคคลทันที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (SD=0.70) ส่วนหลังให้ความรู้รายบุคคล 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 (SD=0.51) สำหรับความรู้เรื่องการส่งเสริมการหายใจของโรคก่อนให้ความรู้รายบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (SD=0.63) ภายหลังให้ความรู้รายบุคคลทันที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (SD=0.47) ส่วนหลังให้ความรู้รายบุคคล 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 (SD=0.47) และความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนให้ความรู้รายบุคคล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 (SD=0.61) ภายหลังให้ความรู้รายบุคคลทันที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 (SD=0.68) ส่วนหลังให้ความรู้รายบุคคล 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 (SD=0.30) ดังเช่นการให้ความรู้ที่มีแบบแผนในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจจากการได้ทำการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 2 ครั้งก่อนและหลังให้ความรู้ที่มีแบบแผนห่างกันเป็นเวลา 1 วัน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทั้งรายด้านและโดยรวมภายหลังการได้รับความรู้ที่มีแบบแผนสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้¹⁰ และผลการวิจัยพบว่าหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียสูงขึ้น¹¹ ด้านเจตคติผู้ปกครองเด็กมีเจตคติต่อการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคพิษสารถแก้ว เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการตรวจ คัดกรองธาลัสซีเมียและการตรวจคัดกรองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าอบรม และพบว่าหลังอบรมผลการประเมินความพึงพอใจโครงการและผลการประเมินตนเองในระดับดีมากเป็นส่วนใหญ่ทุกด้าน ได้แก่ คู่มือ/

วิธีทัศนที่ใช้ในการอบรม สื่อที่ใช้ในการอบรม วิธีการถ่ายทอด เทคนิคที่ใช้ในการถ่ายทอด ความยากง่ายในการถ่ายทอด และความสามารถในการถ่ายทอด¹¹ ส่วนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนเพิ่มขึ้นคิดเช่นเดียวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.53, SD=0.39) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “กินยา วัณโรคทุกวัน และกินตอนท้องว่าง” และ “ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง” (Mean=2.91, SD=0.30) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ “ใส่หน้ากากอย่างน้อย 2 อาทิตย์หรือจนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ” “บ้านเสมหะในกระป๋องที่มีฝาปิดมิดชิด และ “มีพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยา และลงบันทึกการกินยาทุกครั้ง” (Mean=2.91, SD=0.30)⁹

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ เนื่องจากครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครองเด็ก ได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องพิษภัยของสารตะกั่วอย่างแท้จริงซึ่งถือว่าเป็นเรื่องใหม่ในพื้นที่ ด้วยมีความรักความเมตตาต่อเด็กนักเรียนเป็นต้นทุนที่สูงอยู่แล้ว เกิดความตระหนักในการร่วมมือร่วมแรงกันดำเนินการแก้ไขปรับปรุงในส่วนที่สามารถดำเนินการได้อย่างจริงจังถึงแม้จะมีการระดมทุนจนทำให้ผลลัพธ์ชัดเจน ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว การเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียน คุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด มีข้อมูลเชิงลึกที่ชัดเจนของเด็กนักเรียนทุกคน และนอกจากนั้นคุณครูศูนย์เด็กและผู้ปกครองมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันทำให้ผู้วิจัยประสานดำเนินการในโครงการนี้ได้รับความร่วมมือดีมาก

ส่วนผู้บริหารเทศบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อได้ทราบข้อมูลจากการคืนข้อมูล เป็นระยะๆ ตลอดการดำเนินโครงการ ตั้งแต่ การตรวจพบในเด็กนักเรียนครั้งแรก การลงพื้นที่เพื่อแก้ปัญหา ผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา ท่านมีความสนใจมาก ติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องใหม่ เป็นภัยใกล้ตัวและมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ที่จะแก้ปัญหาการสัมผัส สารตะกั่วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างจริงจัง ให้ความสำคัญและเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการขยายผลไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ ภายใน

อำเภออมลาลาย โดยให้ความร่วมมือประสานส่วนต่างๆ มีนโยบายให้ครูศูนย์พัฒนาทุกคนหยุดพักการสอนและประสานผู้ปกครองเพื่อเข้าอบรมเพื่อรับความรู้ เรื่องพิษภัยของสารตะกั่ว ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการลดและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว การเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนร่วมกัน และที่สำคัญผู้วิจัย ได้รับความร่วมมือจากสำนักควบคุมและป้องกันโรค เขต 7 ที่สนับสนุนวิชาการและอุปกรณ์พร้อมสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตลอดโครงการและได้รับการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์พร้อมคณะวิทยากรตามโปรแกรมการอบรมจาก สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของโครงการ เด็กฉลาดปลอดภัย ห่วงไกลสารตะกั่ว ซึ่งมีวิทยากรเชี่ยวชาญ มีสื่อการสอนที่ทันสมัย มีรูปแบบการอบรมที่สนุกสนาน ตื่นเต้น เข้าใจ มีของรางวัลมากมายและเป็นสิ่งแปลกใหม่สำหรับพื้นที่ ทำให้พื้นที่ที่ตื่นตัวมาก ได้รับความสนใจมากทั้งผู้บริหาร ทั้งครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตลอดจนผู้ปกครอง จึงทำให้การดำเนินโครงการสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผลลัพธ์ของการพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดกับเด็กนักเรียนมากที่สุด ได้แก่ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ปกครองหลังดำเนินการตามโครงการ มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยสารตะกั่วเพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดีขึ้น มีความตระหนัก ใส่ใจเฝ้าระวังป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กนักเรียนอย่างจริงจัง จนสามารถแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสว่าง อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์สำเร็จอย่างดียิ่ง ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลอมลาลายร่วมกับโรงพยาบาลอมลาลายโดยพยาบาลอาชีวอนามัย ควรจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียน ในศูนย์เด็ก

เล็กอื่นๆ ภายในอำเภออมลาลาย ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีการตรวจวัดปริมาณสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตรวจวัดปริมาณสารตะกั่วในเลือดเด็กที่มีความเสี่ยง อบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของตะกั่ว ปรับเจตคติ ตลอดจน เฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วแก่ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครอง รวมถึงการกำกับดูแลประเมินผลอย่างใกล้ชิดจากผู้บริหาร นอกจากนั้นควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อปรับปรุงแก้ไขด้านต่างๆ จนทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งภายในอำเภออมลาลาย มีความปลอดภัยจากอันตรายของสารตะกั่ว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การเฝ้าระวังการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กนักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้เครื่องมือประเมินตนเองด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว ของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Lead Poisoning and Health. [Internet]. 2019 [updated 2019 Feb 9; cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/lead-poisoning-and-health>
2. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. พิษร้ายใกล้ตัว สารตะกั่วในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. นนทบุรี; 2559.
3. Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). Lead Toxicity. 2017. Available from: https://www.atsdr.cdc.gov/csem/lead/docs/CSEM-Lead_toxicity_508.pdf
4. อรพันธ์ อันติมานนท์และคณะ. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานเกษตรปลอดโรคผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ ภัยจิตผ่องใส. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2555.

5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กปฐมวัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ; 2558.
6. ทรงทรัพย์ พิมพ์ชายน้อย, สุพัตรา สิมมาพัน, พิไลลักษณ์ พลพิลา และธมลวรรณ จันเต. โครงการเด็กฉลาดปลอดภัย ห่างไกลสารตะกั่ว : สถานการณ์การสัมผัสสารตะกั่วในเด็ก กลุ่มอายุแรกเกิด-5 ปี. สำนักงานควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ; 2562.
7. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning (4thed.). London : McGraw-Hill ; 2005.
8. เกษรา ญาณเวชย์สกุล และวิยะดา แซ่เตีย. รูปแบบการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนพื้นที่ภาคใต้ตอนบน. วารสารควบคุมโรค. 2561 ; 44 : 217-226.
9. เนตรชนก จุละวรรณโณ. ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559 ; 3 : (1) : 17-30.
10. วศินี สมศิริ และจินตนา ชูเซ่ง. ผลของการให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนต่อความรู้การรับรู้ ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2554 ; 3(3) : 33-46
11. สุภาพร แนวนุตร และสายศิริ มีระเสน. ผลของการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์. 2559;8(1):25-36

**ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์
โภชนาการอย่างง่ายแบบทางเลือกสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2
โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด**

**The Result of the Health Literacy Development Program on Food Label,
Simplified Nutrition Label (Healthier Choice)
for Grade -8-students at Roi-Et Municipality**

ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์*

Daranee Chitsongsawat

Corresponding author : E-mail : danyae@windowslive.com

(Received : March 26,2021 ; Revised : April 2, 2021 ; Accepted : April 30, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้เกี่ยวกับข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในนักเรียน และศึกษาการบริโภคผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในโรงเรียนขยายโอกาสสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด 4 แห่ง จำนวน 127 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร แบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ และแบบสำรวจผลิตภัณฑ์ในครัวเรือนที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .914 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Percentage difference และ Paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา พบว่า นักเรียนมีความรู้และความรอบรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$) ตามลำดับ และผลการบริโภคผลิตภัณฑ์สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือนเพิ่มขึ้น (29.49%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับฉลากอาหาร ฉลากโภชนาการ ฉลากหวาน มัน เค็ม และสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพเพิ่มขึ้นและยังมีสัดส่วนการบริโภคผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นด้วย

คำสำคัญ : ความรอบรู้ ; สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ ; ฉลากอาหาร

*เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To compare knowledge and Health Literacy of food label, Simplified Nutrition Label (Healthier Choice) on Consumption Mathayom Suksa 2, Roi-Et Municipality.

Study design : Quasi-Experimental Research.

Materials and Methods : 127 of samples were consisted of in Mathayom Suksa 2 in four of educational opportunities expansion schools. Data were collected using a knowledge test, Health Literacy of food label questionnaire, and simplified nutrition label (Healthier Choice) on consumption questionnaire, and a household product survey with reliability of .914. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, percentage difference and paired t-test.

Main findings : After intervention, students' knowledge and health literacy of food label had a statistically significant increase ($p < .001$, $< .001$), respectively, and simplified nutrition label (Healthier Choice) on consumption was increased (29.49%).

Conclusion and recommendations : As a result of this study, students have increased knowledge and health literacy of food label , and simplified nutrition label (Healthier Choice) on consumption are increased.

Keywords : Knowledge ; Health Literacy ; Healthier Choice

บทนำ

ในสภาวะโลกดิจิทัลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายๆ ด้านส่งผลให้เกิดการนิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูปซึ่งหาได้จากร้านสะดวกซื้อทั่วไป ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) ตามมา ความสูญเสียจากโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องนั้นมีความรุนแรงและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากความเจ็บป่วย ความพิการ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยงของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่หากพิจารณาในด้านเศรษฐศาสตร์ โรค NCDs จัดเป็นปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย โดยผลกระทบเหล่านี้เป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดสรรและลงทุนในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อประชากรสูงถึง 3,128 บาทต่อคน และหากคำนวณจากจำนวนประชากรกลางปี 2560 นั้นหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า 2 แสนล้านบาททีเดียว ซึ่งตัวเลขดังกล่าวยังไม่รวมต้นทุนที่ประชาชนต้องรับภาระ

ไว้อีกกว่า 1,750 บาทต่อคน ¹

การดำเนินการแนวทางหนึ่งในการช่วยลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้เหมาะสม ไม่บริโภคที่เกินปริมาณความจำเป็น การบริโภคเกินมาจากการสื่อสารทางการตลาดของอุตสาหกรรมอาหารด้วยการโฆษณา เนื่องจากเด็กยังขาดวุฒิภาวะทำให้ส่งผลต่อความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของเด็กไปจนโตและเด็กเป็นวัยที่มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว พฤติกรรมบริโภคนิสัยของเด็กจะได้รับผ่านการเรียนรู้และซึมซับเก็บไว้

ฉลากโภชนาการเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ได้รับสารอาหารตามความต้องการ ช่วยให้ทราบถึงชนิดและปริมาณสารอาหารที่จะได้รับจากการบริโภคอาหารนั้นๆ และยังช่วยให้หลีกเลี่ยงสารอาหารที่ไม่ต้องการได้ การอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้บริโภคสามารถอ่านข้อมูลบนฉลากมาพิจารณาเพื่อเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะกับสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ การรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงพลังงานและสารอาหารที่ได้รับ

อาจทำให้ผู้บริโภคได้รับสารอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสม และเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)² มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้โดยใช้ทักษะขั้น 1 พื้นฐาน การเข้าถึงเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้องและจำเป็น ขั้น 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารระหว่างบุคคลบอกต่อ ขั้น 3 การตัดสินใจ เปรียบเทียบข้อมูลอย่างไตร่ตรองตลอดจนการนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ เพื่อทดลองกับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ดเพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องฉลากโภชนาการให้กับเด็กวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้เกี่ยวกับข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ในนักเรียนและศึกษาการบริโภคผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนขยายโอกาสสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster Random Sampling ในนักเรียน โดยใช้วิธีจับฉลากแบบสุ่มโรงเรียนละ 1 ห้องเรียน จำนวนนักเรียน 127 คน ดังนี้

1. โรงเรียนเทศบาลวัดป่าเรไร ได้แก่ นักเรียนชั้น ม. 2/2 จำนวน 39 คน
2. โรงเรียนเทศบาลหนองหญ้าม้า ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2/1 จำนวน 28 คน
3. โรงเรียนเทศบาลวัดสระทอง ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2/2 จำนวน 33 คน
4. โรงเรียนเทศบาลวัดเวฬุวัน ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2/2 จำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ จำนวน 15 ข้อ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน³ และแบบสำรวจผลิตภัณฑ์ก่อน-หลังโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- 1) สื่อวิดีโอ ผู้วิจัยนำมาจากสื่อของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและหน่วยรับรองฉลากโภชนาการ สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ⁴ เป็นคลิปวิดีโอจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

- 1.1) โรงเรียนเทศบาลวัดป่าเรไร ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2/2 จำนวน 39 คน

- 1.2) โรงเรียนเทศบาลหนองหญ้าม้า ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2/1 จำนวน 28 คน

- 1.3) โรงเรียนเทศบาลวัดสระทอง ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2/2 จำนวน 33 คน

- 1.4) โรงเรียนเทศบาลวัดเวฬุวัน ได้แก่ นักเรียนชั้น ม.2/2 จำนวน 27 คน

- 2) แผ่นพับ แผ่นพับทางเลือกสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม มองหาสัญลักษณ์ “ ทางเลือก สุขภาพ”

- 3) เว็บไซต์ www.healthierlogo.com หรือ www.ทางเลือกสุขภาพ.com

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงานแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. บันทึกความตกลงความร่วมมือ MOU กับโรงเรียนขยายโอกาสที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่โรงเรียนเทศบาลวัดสระทอง โรงเรียนเทศบาลวัดป่าเรไร โรงเรียนเทศบาลวัดเวฬุวัน โรงเรียนเทศบาลหนองหญ้าม้า เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2563

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับทางโรงเรียนและขอความร่วมมือในการดำเนินโครงการ เลือกห้องเรียนที่เข้าร่วมวิจัยในแต่ละโรงเรียน

3. เก็บแบบทดสอบก่อนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค NCDs ข้อมูลฉลากอาหาร ฉลากโภชนาการ ฉลาก

หวาน มัน เค็ม (GDA) สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ โดยคณะวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่

- 4 ธันวาคม 2563 โรงเรียนเทศบาลวัดป่าไร่
- 9 ธันวาคม 2563 โรงเรียนเทศบาลวัดเวฬุวัน
- 17 ธันวาคม 2563 โรงเรียนเทศบาลหนองหญ้าม้า
- 22 ธันวาคม 2563 โรงเรียนเทศบาลวัดสระทอง

4. โรงเรียนทั้ง 4 แห่งมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดโปรแกรมการพัฒนาโดยมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมดังนี้ (ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2563-มีนาคม 2564)

1) อบรมให้ความรู้เรื่องโรค NCDs ข้อมูลฉลากอาหาร ฉลากโภชนาการ ฉลากจีดีเอ สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพโดย วิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2) แขนงนำนักเรียนพูดให้ความรู้หน้าเสาธงเกี่ยวกับฉลากอาหาร

3) เติมนรณงค์ให้ความรู้กับชุมชน

4) ให้ความรู้แก่ ร้านค้าในชุมชนและร้านค้าในโรงเรียน ให้ความรู้ในที่ประชุมผู้ปกครองนักเรียน

5) ทำจดหมายเกี่ยวกับฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพให้กับนักเรียนไปให้ผู้ปกครองที่บ้าน นักเรียนบอกต่อผู้ปกครองที่บ้านเกี่ยวกับฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ

6) ทำคลิปวิดีโอแนะนำข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพผ่านทางยูทูบและ Face book ของโรงเรียน และโพสต์ Face book ติด #Healthier Choice Roi-Et

7) จัดเสียงตามสายข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ

8) เยี่ยมบ้าน สำนวณผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในครัวเรือน

9) จัดบูทนิทรรศการ/มุมให้ความรู้ในโรงเรียน

10) จำหน่ายผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพในร้านค้าสหกรณ์โรงเรียน

5. เก็บ Post-test (1-15 มีนาคม 2564)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย : งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 2564-02-22-018 กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำมาประมวลผลเบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้แก่ การวัดความรู้ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) Paired t-test การวัดความรอบรู้ ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ส่วนการสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ใช้สถิติ Percentage difference

ผลการวิจัย

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในโรงเรียนขยายโอกาสสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด เป็นชาย 59 คน(46.5%) และหญิง 68 คน (53.5%) อายุ 14 ปี

2. หลังการพัฒนานักเรียนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร ฉลากโภชนาการ ฉลากจีดีเอ และสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ โดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.20 คะแนน (95%CI; 0.68, 1.71) นักเรียนทุกโรงเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่า ก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.34 คะแนน (95% CI ; 0.19, 0.48) และนักเรียนทุกโรงเรียนมีการบริโภคผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือนเพิ่มขึ้น โดยรวม (29.49%) เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มขนมปังเพิ่มมากที่สุด (41.79%) รองลงมา คือ กลุ่มผลิตภัณฑ์นม (34.86%) และกลุ่มเครื่องปรุงรส (34.28%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร ฉลากโภชนาการ ฉลากจีดีเอสัญลักษณ์โภชนาการ ทางเลือกสุขภาพ โดยรวม

ตัวแปรความรู้	n	Mean(SD)	Mean difference(95%CI)	p
ก่อนการพัฒนา	127	9.93(3.32)	1.20(0.68, 1.71)	<.001
หลังการพัฒนา	127	11.14(2.64)		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม

ตัวแปรความรอบรู้	n	Mean(SD)	Mean difference(95%CI)	p
ก่อนการพัฒนา	127	3.25(0.70)	0.34(0.19, 0.48)	<.001
หลังการพัฒนา	127	3.59(0.60)		

ตารางที่ 3 ร้อยละความแตกต่างของการบริโภคผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือนก่อนและหลังการพัฒนาโดยรวม

กลุ่มผลิตภัณฑ์	n	ความแตกต่างของการบริโภคผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือน (Percentage difference)
1.กลุ่มเครื่องดื่ม	109	24.44
2.กลุ่มผลิตภัณฑ์นม	109	34.86
3.กลุ่มขนมขบเคี้ยว	109	19.18
4.กลุ่มไขมันและน้ำมัน	109	24.20
5.กลุ่มอาหารมื้อหลัก	109	27.01
6.กลุ่มเครื่องปรุงรส	109	34.28
7.กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป	109	32.15
8.กลุ่มไอศกรีม	109	27.57
9.กลุ่มขนมปัง	109	41.79
เฉลี่ยโดยรวม		29.49

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง ข้อมูล ฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาโดยใช้โปรแกรม (10 กิจกรรม) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้มาจากการ

ระดมความคิดระหว่าง ครู เกสัชกรและผู้วิจัย การวัดความรู้เกี่ยวกับ ข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพราะรูปแบบโปรแกรมการพัฒนาที่นำมาใช้จะมีกิจกรรมที่สนับสนุนคือการอบรมให้ความรู้นักเรียน ทั้งเป็นการบรรยาย การสอนแบบสาธิตให้ดู และการมีส่วนร่วมของนักเรียนและการวัดความรู้ด้าน

สุขภาพเรื่อง ข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบบสอบถามความรู้ที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอาสาสมัครสาธารณสุขของกอง สุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งวัดการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตอบโต้ซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพโปรแกรมการพัฒนาที่ผู้วิจัยนำมาใช้จะมีกิจกรรมที่สนับสนุนแบบสอบถามการวัดความรู้เพราะเมื่อนักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาฉลากอาหาร ก็จะมีทักษะในการเข้าถึงเข้าใจ ซึ่งเป็นทักษะขั้นพื้นฐานในการวัดความรู้ซึ่งสอดแทรกอยู่ในกิจกรรมของโปรแกรมที่ศึกษาครั้งนี้ และสามารถที่จะนำไปสู่ขั้น 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารระหว่างบุคคลบอกต่อ ซึ่งสอดแทรกอยู่ในโปรแกรมการพัฒนากิจกรรมบอกต่อแนะนำผู้ปกครองที่บ้านและเพื่อนที่โรงเรียนได้ จนนำไปสู่ขั้น 3 ขั้นการตัดสินใจเปรียบเทียบข้อมูลอย่างไต่ตรง ตลอดจนการนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่วัดการสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน เพราะผลลัพธ์ที่ต้องการสุดท้ายคือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถทางสติปัญญา หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินค่า ผู้เรียนได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ⁵

ข้อเสนอแนะ

1. โรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพให้กับเด็กวัยเรียน การสอดแทรกหรือบูรณาการความรู้เกี่ยวกับข้อมูลฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ

โภชนาการ ลงไปในการจัดการเรียนการสอนกลุ่มสาระการเรียนรู้วิชา สุขศึกษา อาจมีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของเด็กวัยเรียนได้อย่างถูกต้อง

2. หน่วยงานสาธารณสุข ควรมีการจัดกิจกรรมที่บูรณาการเข้ากับงานอนามัยโรงเรียนงาน อย.น้อย เพื่อให้เด็กได้ซึมซับความรู้และค่อยๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บริโภคที่เหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการวัดความรู้รอบรู้ฉลากอาหาร สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในครัวเรือนและชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับการสนับสนุนจากเภสัชกรมานิตย์ ทวีพันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา และคุณจุไรรัตน์ กลางคาร ที่กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ขอขอบคุณคุณครูและนักเรียนโรงเรียนที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 4 แห่ง ที่เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกขั้นตอน จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, เรณู การ์ก, ศิริกร ขุนศรี, สุขเกษม เทพสิทธิ์, ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, อดิรัตน์ อภิญา. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ(NCDs) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge>
2. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี : กองสุศึกษา ; 2562.

3. พรวิภา ศิริพิชญ์ตระกูล, ภาณี วัฒนสมบูรณ์, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว, ดุสิต สุจิรารัตน์. ความรอบรู้ทางโภชนาการในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. Thai Journal of Public Health [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2563]; 50:61-75. เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/238944/164975>
4. หน่วยรับรองการใช้สัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ มูลนิธิส่งเสริมโภชนาการฯ. หลักเกณฑ์ของกลุ่มผลิตภัณฑ์[อินเทอร์เน็ต].2562[เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2564].เข้าถึงได้จาก : <http://healthierlogo.com/>
5. Bloom, Benjamin S. Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognitive New York : David Mackey Company, Inc; 1976.

**การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านถ่อน
อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร**
**Development of a Health Promotion Participative Program for Elderly
Ban Thon sub district, Sawang Daen Din district, Sakon Nakhon Province**

สุรพล สายคำภา*

Suraphon Saykumpa

Corresponding author : E-mail : suraphonsaykumpa@gmail.com

(Received: March 29,2021 ; Revised : April 7, 2021 ; Accepted : April 28, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 100 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.82, 0.72 และ 0.86 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) 2) การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน(Action Planning) 3) ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมตาม โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (Taking action) และ 4) การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation) และหลังการใช้โปรแกรมมา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, < .001, < .001, < .001, < .001$ และ $< .001$) ตามลำดับ ทั้งโดยรวม และเป็นรายด้านทุกด้าน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปดำเนินไปใช้

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ; ผู้สูงอายุ ; การมีส่วนร่วม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่องดาว

ABSTRACT

Objectives : To develop and study of effective on a health promotion participative program for elderly, Ban Thon sub district, Sawang Daen Din district, Sakon Nakhon Province

Study design : Participation Action Research: PAR

Materials and methods : 100 of elderlies the samples who were qualified according to inclusion criteria, which were obtained by simple random sampling method. Data were collected by using the interview form with the reliability were 0.82, 0.72 and 0.86, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and paired t-test.

Main findings : A Health promotion participative program for elderly were consisted of 4 steps : 1) problem Identifying and diagnosing) 2) mission, outcomes and action planning 3) community representatives and participants have participated in the activities of the participatory elderly health promotion program (Taking action), and 4) completing evaluation. After intervention program, it was found that the elderly had a statistically significant increase in the mean scores of knowledge, attitudes and practices regarding self-care behaviors ($p < .001$, $< .001$, $< .001$), $< .001$, $< .001$ and $< .001$) respectively, both overall and on all aspects.

Conclusion and recommendations : The results of this research suggest that participatory elderly health promotion programs increase knowledge, attitudes and practices regarding self-care behaviors, so the relevant departments should apply this program.

Keywords : Health Promotion Program ; Participation ; Elderly

บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปีพ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้จากข้อมูลการสำรวจการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 ยังพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยที่

ทำงานมีสัดส่วนอยู่ร้อยละ 36.3 หรือคิดเป็นแรงงานสูงอายุจำนวน 3.78 ล้านคน¹ เช่นเดียวกับจากการพยากรณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าใน ปี พ.ศ. 2563 ผู้ชายและผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเป็น 72.2 และ 76.5 ปี ตามลำดับ¹ ซึ่งความแตกต่างของอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดระหว่างผู้ชายกับผู้หญิงนี้ เป็นผลมาจากการเสียชีวิตของประชากรวัยรุ่น (อายุ 14-19 ปี) และวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะประชากรชายจากโรคเอดส์และอุบัติเหตุมากกว่าประชากรหญิง จากการที่ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง ขณะที่วัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยเด็กลดลง แต่อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 14.3 และร้อยละ 16.6 ในปี พ.ศ. 2543 และ 2550 ตามลำดับโดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.6 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งส่งผลให้

ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น สำหรับสภาพทางสังคมโดยเฉพาะด้านการพักอาศัยพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายที่มีคนสามรุ่น คือ ผู้สูงอายุ ลูก และหลาน และอีกหนึ่งในสามอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีคนสองรุ่นซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเองกับบุตรที่สมรสหรือบุตรที่มีครอบครัวแล้ว ดังนั้น ในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย และหากอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันก็มักจะเป็นครอบครัวที่มีบ้านของลูกหลานอยู่ใกล้กัน จากการศึกษางานวันดี โภคะกุล พ.ศ. 2548 ที่ศึกษาในผู้สูงอายุภาพรวมของประเทศไทย พบว่าประมาณร้อยละ 36.0 ของผู้สูงอายุมีบุตรหลานที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันมาเยี่ยมทุกสัปดาห์และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.0) มีบุตรหลานมาเยี่ยมทุกปี อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่โดยลำพังเพียงคนเดียวในปัจจุบันถึงร้อยละ 4.0 และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น²

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะพฤติกรรมภายในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนั้นต้องประกอบด้วยสำนึกความรับผิดชอบต่อสุขภาพและพฤติกรรมภายนอกนั้น ผู้สูงอายุจะต้องมีการพัฒนาทางด้านร่างกาย อาทิเช่น มีการเคลื่อนไหวออกแรง ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเพื่อการบริหารร่างกาย การพัฒนาทางด้านจิตใจ การจัดการกับความเครียดซึ่งการพัฒนาต่างๆ เหล่านี้ยังพบว่าเป็นปัญหาในผู้สูงอายุอยู่มาก³ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ด้านสุขภาพทางร่างกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ รัฐบาลจะต้องเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการช่วยเหลือด้านสวัสดิการอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่มีสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเสื่อมถอยลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ¹ ทำให้มีความสามารถในการกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตประจำวันด้วยตนเองลดลง ประกอบกับขาดรายได้ทำให้

การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองเป็นเรื่องยากมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับผู้สูงอายุ⁴ จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ทำให้มีภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า มีประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ.2563 จำนวน 8,686 คน จำแนกเป็นชายจำนวน 4,327 คน หญิง 4,359 คน จำนวนหมู่บ้าน 10 หมู่บ้าน ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุในพื้นที่มีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในระดับประเทศแต่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพที่มากกว่า กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 85.9 ของประชากรผู้สูงอายุตำบลบ้านถ่อน มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองและปัญหาการดำรงชีพ คิดเป็น ร้อยละ 63.9 โรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นบางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้อซึ่งพบเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ สำหรับโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุตำบลบ้านถ่อน ได้แก่ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังงานวิจัยของศิริณี ศรีหามาศ, วชิร อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหามาศ และทิพวรรณ ทับซ้าย⁵ พบว่า 1) สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนพบผู้สูงอายุร้อยละ 66 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุร้อยละ 10.16 โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 1.88 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงร้อยละ 2.29 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.99 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน พบความชุกประมาณร้อยละ 28.36 ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติและมีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 9.26 2) สถานการณ์ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ร้อยละ 45.0

รองมา คือ ภาระยาเกือบร้อยละ 20.0 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุโดยร้อยละ 64.0 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและร้อยละ 11.0 มีความพิการ รวมทั้งพบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.0 และพบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการดูแล 3) ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและความไม่เข้าใจและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวเป็นอุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระยะเปลี่ยนผ่าน

นอกจากนั้นยังพบโรคเกี่ยวกับโรคหัวใจ และระดับของไขมันในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดภาระการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุลงซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยเหตุผลข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาค้นหาตัวแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามการสาธารณสุขแนวใหม่โดยเฉพาะพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการสร้างเสริมศักยภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ครอบคลุมการมีส่วนร่วม 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ⁷ นอกจากนี้ยังได้ผสมผสานแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่เป็นแบบแผน

การดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านความตระหนักในเรื่องอาหาร ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านความไวต่อสิ่งแวดล้อม⁸ ผลจากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม⁹ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ มีร่างกายที่แข็งแรง สมวัย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดปัญหาโรคแทรกซ้อนในผู้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีสุขภาพจิตดีซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมซึ่งครอบคลุมผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ทุกคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตตำบลบ้านถ่อน

ประชากรศึกษา การวิจัยครั้งนี้ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน 10 หมู่บ้าน ในตำบลบ้านถ่อน มาแล้วอย่างน้อย 2 ปี และมีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 874 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 100 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยแผนการสอน สุขศึกษา ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1.1 แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

1.2 ทำการสอนผู้สูงอายุ โดยอธิบายให้ทราบถึงเรื่องที่จะสอนโดยภาพรวมก่อนแล้วอธิบายเนื้อหาโดยเน้นอย่างละเอียด การสอนผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มโดยสอน 1 เรื่องต่อสัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) ในการสอนแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 ชั่วโมง วิธีการสอนโดยการบรรยายประกอบสื่อ โปสเตอร์ ภาพพลิก วีดิทัศน์ สไลด์ เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต

1.3 ทบทวนเนื้อหาการสอนในแต่ละครั้งและสัปดาห์ การออกกำลังกาย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต ลักษณะคำถาม 2 ตัวเลือก ตอบคำถามว่าถูกหรือผิด จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต เป็นคำถามให้เลือกตอบตามความคิดเห็นเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยสร้างคำถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ 1 ข้อ จำนวน 15 ข้อ และตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต เป็นคำถามเลือกตอบตามความเป็นจริง มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยสร้างคำถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

3. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุ และสุขภาพจิต 2) จัดทำแผนการสอนโดยมีวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา วิธีการสอน อุปกรณ์การสอน และการประเมินผลการสอน 3) นำแผนการสอน อุปกรณ์การสอน และแบบสัมภาษณ์ เสนอประธานและกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อพิจารณาเนื้อหา จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา 4) ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญและหาคำดัชนีความสอดคล้อง พบว่า ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00 ซึ่ง มากกว่า 0.50 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ นำเสนอต่อที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้ 5) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว ไปทดลอง (Ty Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน และ 6) ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้จริงและเกณฑ์การให้คะแนน

4. การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้ที่มีค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR -20 (Kuder Richardson Formula 20) แบบสัมภาษณ์ความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อของแบบสัมภาษณ์เจตคติและการปฏิบัติ ที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ให้มาหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบักแบบสัมภาษณ์เจตคติได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.62 และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) เป็นขั้นที่นักวิจัยศึกษาทำความเข้าใจในบริบทและสถานการณ์จริงของชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเข้าสู่ชุมชนดังนี้

1. เข้าพบผู้นำชุมชน ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประธานชมรมผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย เข้าพบผู้นำในวันประชุมของผู้นำชุมชนที่มีผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลถ่อนเข้าร่วมประชุมด้วย เพื่อขอ

อนุญาตเข้าศึกษาวิจัยในพื้นที่ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถพบและ
แจ้งเกี่ยวกับโครงการวิจัย

2. เข้าสู่ชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน แนะนำ
ตัวและพบปะกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ
รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานหรือญาติ
บุคคลในชุมชนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

3. ศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ
เตรียมประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพ เพื่อตรวจ
ประเมินสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัย
ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ หาข้อมูลการดำเนินชีวิต บทบาท
หน้าที่ทางสังคม การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ
ตนเองและอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อทราบข้อมูลถึง
การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุปัญหาทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ
สังคม และข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นฐาน
ข้อมูลในการนำไปพิจารณากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ
และแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน

4. แสวงหากลุ่มประชากรผู้สูงอายุร่วมโครงการวิจัย
วางแผนดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านทางผู้นำ
หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ทำประชาคมหมู่บ้านโดย
การมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรส่วนท้องถิ่น
ผู้นำหมู่บ้าน เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมาย
การดำเนินงาน (Action Planning) โดยผู้วิจัยสร้าง
แรงสนับสนุนจากประชาชนให้คณะผู้แทนของชุมชน ร่วม
กันพิจารณาปัญหา กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วางแผน
การดำเนินงาน และร่วมกันลงมือปฏิบัติ จนกระทั่งผลักดัน
ให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน คือ โครงการส่งเสริม
สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ใช้วิธีการศึกษาดังนี้

1. การสนทนากลุ่มเฉพาะโดยมีการจัดสนทนากลุ่ม
ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุรวม 2 กลุ่ม จำนวน 100 คน แบ่ง
เป็นกลุ่มผู้สูงอายุชาย และหญิง การดำเนินการสนทนากลุ่ม
โดยค้นหาข้อมูล แนวความคิด และสิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่ม
ตัวอย่างหรือผู้ร่วมวิจัยได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำในชีวิตของ
ผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนในการสร้าง

เสริมสุขภาพ

2.การสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิง
ลึกญาติที่ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน ผู้นำหมู่บ้าน 10 คน เกี่ยว
กับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ
สุขภาพ ขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนที่มีส่วนเชื่อมโยง
ต่อภาวะสุขภาพและจิตใจสัมภาษณ์คนในชุมชนที่มีบ้าน
ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เพื่อค้นหาข้อมูลในการดูแล
ผู้สูงอายุและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันขณะอยู่
ที่บ้านรวมทั้งพฤติกรรมของผู้สูงอายุรวบรวมข้อมูลมา
วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลสนับสนุนและเป็นการตรวจสอบข้อมูล
แบบสามเส้า (Data Triangulation)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วม
ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
แบบมีส่วนร่วม (Taking action) ได้ดำเนินการสร้างเสริม
สุขภาพตามตัวแบบที่วางเอาไว้ ดังนี้

1. ตรวจสอบประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจาก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ
โรงพยาบาลรวมถึงการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติเพื่อรับ
ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงการ
ให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น โดยเน้นการตรวจระดับ
น้ำตาลในกระแสเลือดการวัดความดันโลหิต สัญญาณชีพ
วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก เพื่อเป็นการประเมินภาวะสุขภาพ
และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็น
ปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรค
เรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ โรคหัวใจ
และหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคตับ โรคไต อัมพาต
โรคปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ
อันดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคมะเร็ง

2. ดำเนินงานตามโครงการตามตัวแบบที่ได้วางกรอบ
เอาไว้ในโครงการร่วม เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม
ดูแลตนเอง จำนวน 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง
ร่วมกับสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก
การสนทนากลุ่ม และการระดมสมองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ติดตาม และประเมินกิจกรรมโครงการค้นหา
ปัญหาและอุปสรรคนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงเพื่อพัฒนา

ตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดำเนินตามวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่องพร้อมบันทึกปัญหาอุปสรรคที่ค้นพบเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล และผู้แทนของชุมชนได้ร่วมกันติดตามประเมินผล ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การจัดงานผู้สูงอายุ สุขภาพดีของชุมชน และนำผลการประเมินทั้งหมดมาประชุมร่วมกันโดยผ่านเวทีประชาคม เพื่อค้นหาแนวทางพัฒนาระบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลลักษณะทางประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจทัศนคติ และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักวิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติการหาค่าความแตกต่างและข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งความรู้ความเข้าใจทัศนคติ และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรมฯ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัย

ผู้สูงอายุ ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือและการปฏิบัติต่างๆจากบุตรหลานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุใน ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุทั้งหมด 100 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (54.0%) อายุเฉลี่ย 66 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (38.0%) สถานภาพสมรสคู่ (47.0%) สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบันอยู่กับคู่สมรส (38.0%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (28.0%) และเกษตรกร/ทำสวน (28.0%) รายได้ของครอบครัวประมาณ 17,743.00 บาทต่อเดือน และรายได้พอกินพอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ (47.0%)

2. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ดำเนินงาน 4 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) 2) การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน (Action Planning) 3) ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (Taking action) และ 4) การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation)

3. หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม โดยรวมและเป็นรายด้าน จำนวน 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, < .001, < .001, < .001, < .001$ และ $< .001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.91(1.60, 2.21); 1.30(1.09, 1.50); 1.44 (1.22, 1.65); 0.95 (0.73, 1.16) และ 0.89 (0.67, 1.10) คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference(95%CI)	p
		ก่อน	หลัง		
การรับประทานอาหาร	100	3.41(1.31)	5.32(0.67)	1.91(1.60, 2.21)	<.001
การออกกำลังกาย	100	2.23(0.94)	3.53(0.63)	1.30(1.09, 1.50)	<.001
การพักผ่อนนอนหลับ	100	2.09(0.98)	3.53(0.59)	1.44(1.22, 1.65)	<.001
อุบัติเหตุ	100	1.65(0.85)	2.60(0.85)	0.95(0.73, 1.16)	<.001
สุขภาพจิต	100	1.71(0.95)	2.60(0.56)	0.89(0.67, 1.10)	<.001
โดยรวม	100	11.09(3.03)	17.60(1.22)	6.51(5.90, 7.11)	<.001

หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ และ <.001) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.28 ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อน (1.14, 1.43) ; 1.28 (1.14, 1.39) ; 1.12 (0.98, 1.24) ; 1.22 การใช้โปรแกรม โดยรวมและเป็นรายด้าน จำนวน 5 ด้าน อย่าง (1.10, 1.35) ; 1.26 (1.11, 1.39) และ 1.23 (1.15, 1.31) มีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001, <.001, <.001, <.001, <.001) คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม และเป็นรายด้าน

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference(95%CI)	p
		ก่อน	หลัง		
การรับประทานอาหาร	100	1.53(0.66)	2.82(0.26)	1.28(1.14, 1.43)	<.001
การออกกำลังกาย	100	1.55(0.52)	2.82(0.29)	1.28(1.14, 1.39)	<.001
การพักผ่อนนอนหลับ	100	1.68(0.65)	2.80(0.28)	1.12(0.98, 1.24)	<.001
อุบัติเหตุ	100	1.58(0.56)	2.81(0.27)	1.22(1.10, 1.35)	<.001
สุขภาพจิต	100	1.56(0.59)	2.81(0.30)	1.26(1.11, 1.39)	<.001
โดยรวม	100	1.58(0.39)	2.81(0.13)	1.23(1.15, 1.31)	<.001

หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม โดยรวมและเป็นรายด้าน จำนวน 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001, <.001, <.001, <.001, <.001) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.45(1.34, 1.57) ; 0.12(0.05, 0.18) ; 1.29(1.15, 1.42) ; 1.14(1.04, 1.24) 1.24(1.09, 1.39) และ 1.05(0.97, 1.12) คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม และเป็นรายด้าน

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference(95%CI)	p
		ก่อน	หลัง		
รับประทานอาหาร	100	1.19(0.56)	2.95(0.12)	1.45(1.34, 1.57)	<.001
การออกกำลังกาย	100	2.81(0.27)	2.92 (0.27)	0.12(0.05, 0.18)	<.001
การพักผ่อนนอนหลับ	100	1.58(0.56)	2.88(0.25)	1.29(1.15, 1.42)	<.001
อุบัติเหตุ	100	1.63(0.50)	2.77(0.28)	1.14(1.04, 1.24)	<.001
สุขภาพจิต	100	1.59(0.66)	2.84(0.28)	1.24(1.09, 1.39)	<.001
โดยรวม	100	1.82(0.44)	2.87(0.12)	1.05(0.97, 1.12)	<.001

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลบ้านถ่อน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) 2) การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน(Action Planning) 3) ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (Taking action) และ 4) การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ (Completing evaluation) พบผลเช่นเดียวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กระบวนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ 2) การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ 3) การวางแผนการดำเนินงาน 4) การปฏิบัติการ และ 5) การติดตามและประเมินผล มีผลทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องได้รับรู้ข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ปัญหาในระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเข้าใจ ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ รวมทั้งท้องถิ่นและชุมชนรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้รับรู้ถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่สามารถนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำไปสู่การจัดทำแผนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมี 4 ยุทธศาสตร์หลัก และจากการศึกษาระบบบริการสุขภาพการดูแลสุขภาพทั้งในหน่วยบริการและชุมชนพบว่า มีการตรวจคัดกรองโรค การตรวจประเมินภาวะ

พึ่งพิงในผู้สูงอายุ ระบบการส่งต่อไปหน่วยบริการ การดูแลที่บ้าน มีการอบรมให้ความรู้กับแกนนำชุมชน มีทีมหมอครอบครัวในการดำเนินงานแต่ละพื้นที่¹⁰ และสอดคล้องกับรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม เทศบาลเมืองปากช่องประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมการ โดย (1) การประสานพื้นที่ การคัดเลือกชุมชน การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) จัดทำโครงการและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน (3) จัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชายหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป (4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการวิจัย โดยเทคนิคและเครื่องมือ A-I-C และการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดย (1) การสร้างความรู้ (Appreciation : A) ได้แก่ การคืนข้อมูลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชนและกำหนดทิศทางพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ได้แก่ การร่วมออกแบบรูปแบบ หรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดลำดับความสำคัญกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ประเภท (3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ได้แก่ การนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุในชุมชน และการรวบรวมผลจากการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในชุมชน ขั้นตอนที่ 3 (1) การพัฒนาการนำเสนอผลการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจากการปฏิบัติจริงในชุมชน (2) พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (3) การติดตามประเมินผลจากการพัฒนา และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ

งาน และ (4) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหา¹¹ และสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม ที่ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล¹²

นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ทั้งโดยรวมและเป็นรายด้าน ทุกด้าน ในทำนองเดียวกับการศึกษาการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนการอบรม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 71.11 และระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลางสูงที่สุด ร้อยละ 66.66¹³ เช่นเดียวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภายหลังการดำเนินการบุคลากรกลุ่มตัวอย่างใน อบต. มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้บทบาทหน้าที่ และความเชื่อในความสามารถตนเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนดำเนินการ ส่วนในแกนนำผู้สูงอายุ หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการ¹⁴ ; หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและสูง กิจกรรมที่เน้นชุมชนเป็นฐานและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนส่งผลให้เกิดรูปแบบการพัฒนา ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย การบริโภคอาหารพื้นบ้าน การออกกำลังกายย้อนยุคตามวัย และ

การจัดการความเครียด¹⁵ และการวิจัย ครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐมพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁶ ; กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้าน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹⁷ ; คะแนนเฉลี่ยของด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนา¹² ; กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์บริบทของหมู่บ้านและร่วมกันเสนอกิจกรรมการออกกำลังกาย ดังนี้ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 6 วัน โดยมีระยะเวลาในการออกกำลังกาย 30 – 45 นาที และออกกำลังกายด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรมได้แก่ (1) กิจกรรมการออกกำลังกายโดยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (2) กิจกรรมออกกำลังกายโดยใช้ตารางเก้าช่อง และ (3) กิจกรรมการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด ทั้งนี้แต่ละกิจกรรมสามารถจัดสลับกันไปได้ตามความเหมาะสม¹⁸

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งเสริมประชาชนหรือผู้แทนของชุมชน (Village stakeholders) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านถ่อน ทั้ง 10 หมู่บ้าน ซึ่งบุคคลดังกล่าวเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ได้แก่ ปัญหาผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับภาวะสมองเสื่อมที่พบถึงร้อยละ 3.0-5.0 โดยการผ่านเวทีประชาคม ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดพันธกิจ ผลลัพธ์ และเป้าหมายการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยสร้างแรงสนับสนุนจากประชาชน ให้คณะผู้แทนของชุมชน ร่วมกันพิจารณาปัญหา กำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ วางแผนการดำเนินงาน และร่วมกันลงมือปฏิบัติ จนกระทั่งผลักดันให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน คือ โครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ขั้นตอนที่ 3 ผู้แทนจากชุมชนและประชาชนได้ร่วม ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม จำนวน 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลโครงการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล และผู้แทนของชุมชนได้ร่วมกันติดตามประเมินผล ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การจัดงานผู้สูงอายุสุขภาพดีของชุมชน และนำผลการประเมินทั้งหมดมาประชุมร่วมกันโดยผ่านเวทีประชาคม เพื่อค้นหาแนวทางพัฒนาระบบการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบต่อไป

จากผลการวิจัยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ อุบัติเหตุและสุขภาพจิตดีขึ้น ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล การนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดำเนินการควรเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว หรือสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ 1) การดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมนั้นควรมีแผนงาน/โครงการเชิงบูรณาการร่วมกันหลายๆ หน่วยงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยงานในระดับพื้นที่ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นแกนหลักและประสานความร่วมมือกับหน่วยภาคีทั้งภายในและภายนอกต่อการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับพื้นที่ 2) ควรมีการพัฒนากระบวนการและฐานข้อมูลที่สามารถนำไปวิเคราะห์ วางแผนเชิงพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม และใช้ได้จริง และ 3) ควรมีทีมทำงานที่มี

ทุกภาคส่วนเข้ามาดูแลร่วมกันในการติดตามและประเมินผลจะก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดินที่อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในระหว่างลงพื้นที่ และขอขอบคุณผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนร่วมที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจนทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562. นครปฐม : บริษัทพรินเตอร์ จำกัด ; 2563.
2. วันดี โกะกุล. มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2548.
3. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ ; 2553.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2562. อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ; 2563.
6. ศิราณี ศรีหาคาศ, วชิร อมรโรจน์วรุดิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหามู, ทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564 ; 15 (36) : 44-62.

7. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University; 1981.
8. Walker S.N. Health Promoting Lifestyle Older Adult : Comparisons with Young and Middleage Adults, Correlation and Pattern. Journal of Advanced Nursing 1988 ; 11 : 76-90.
9. Resnick, B., Palmer, M. N., Jenkin, L. S., & Spellbring, A. M. Path analysis of efficacy expectations and exercise behaviors in older adults. Journal of Advanced Nursing 2000 ; 31 : 1309-15.
10. จิราภรณ์ อุ่นเสียม. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตสุขภาพที่ 11.วารสารวิชาการแพทย์ 2559 ; 30 : 261-8.
11. สมลัญ วรรณกิจไพศาล. การพัฒนาการจัดรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมเทศบาลเมืองปากช่อง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2562 ; 3 : 92-104.
12. ทิพย์ภา ดาหาร, เจตสรียา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561 ; 2 : 42-54.
13. อนงค์ หาญสกุล, ศรีไพร ปอสิงห์. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารคณะพลศึกษา. (ฉบับพิเศษ) 2555 ; 15 : 189-200
14. พัทธวรรณ จันทร์เพชร, จุฬารณณ์ โสตะ. การพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 2555 ; 12 : 48-60.
15. เกษแก้ว เสียงเพราะ, นิศรัตน์ อุตตะมะ, ประกาศิต ทอนช่วย, สายฝน ผุดผ่อง. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561 ; 48 : 113-126.
16. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560 ; 12 : 17-29.
17. อัมมร บุญช่วย. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558 ; 3 : 231-244.
18. พยงค์ ขุนสะอาด, เกวลี เครือจักร. กระบวนการมีส่วนร่วมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ บ้านฮ่องแอ ตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28 (ฉบับเพิ่มเติม 2) : 16-21.

**กระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ
อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด**
**Development of Process to Health Promotion Strategic on Chaturaphak
Phiman District Health Network, Roi-Et**

นรากร สุทธิประภา*, ยุทธนา ผือโย**

Narakorn Sutthiprapa*, Yuttana Phueyo**

Corresponding author : E-mail : k_korn14@hotmail.com

(Received : March 26, 2021 ; Revised : April 2, 2021 ; Accepted : April 30, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนากลยุทธ์และประเมินผลกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงานของแต่ละโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.94 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผน 3) การพัฒนากลยุทธ์ 4) การดำเนินงาน และ 5) การประเมินผลมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.27$, $\sigma = 0.51$) และผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์รอบ 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 97.46

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกลยุทธ์นี้ไปใช้ในเครือข่ายสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนากลยุทธ์ ; การสร้างเสริมสุขภาพ ; เครือข่ายสุขภาพ

*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน

ABSTRACT

Purposes : To develop strategies and evaluate of health promotion strategies of Chaturaphak Phiman District Health Network Roi-Et Province

Study design: Action research

Materials and method : 35 of persons responsible for strategy and work plan of each community hospital, district health office and Tambon health promoting hospitals. Data were collected by using questionnaires with the reliability by using the alpha coefficient of Cronbach was 0.94. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : A process to Health promotion strategies on Chaturaphak Phiman were ; 1) situational analysis 2) planning 3) strategy development 4) implementation, and 5) evaluation. It was an appropriated and probability was at a high level ($\mu = 4.27$, $\sigma = 0.51$), and a outcomes of performance strategy to 12-months, accounting for 97.46%.

Conclusion and recommendations : This research resulted in an increase in the results of strategy, so the relevant agencies should continue to apply this strategy in health network.

Keywords : Development of Strategic Health Promotion Health Network

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม การเมือง เทคโนโลยีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาทางสุขภาพที่เป็นโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมไทย ทำให้เกิดมีการผสมผสานกลไกในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่มีการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมทางอารมณ์ในการลดความเครียด¹ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เริ่มจากการส่งเสริมสุขภาพตนเองครอบครัวและชุมชน การจัดกิจกรรมต่างๆ จะต้องตอบสนองความจำเป็นความต้องการความคาดหวัง และสร้างความประทับใจ

การบริหารยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร ความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของแต่ละองค์กร เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การบริหารยุทธศาสตร์ของแต่ละองค์กรมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป และความสำเร็จของการนำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัตินั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลาย

ประการประกอบด้วยความชัดเจนของแผนพัฒนาฯ การรับรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความตระหนักถึงภารกิจและความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน² ภายใต้ทิศทางที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ระบบและกลไกการบริหารจัดการจากแผนสู่การปฏิบัติที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับต่างๆ³ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการ การบริหารบุคลากร และการบริหารด้วยธรรมาภิบาล เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน⁴ การพัฒนาองค์กรให้มีรูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์แบบบูรณาการจะดีที่สุด และมีความเหมาะสมกับองค์กร เพื่อประโยชน์ในดำเนินการด้านยุทธศาสตร์ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการป้องกัน ปัญหาสร้างทางเลือกที่เป็นประโยชน์มีการตัดสินใจที่ดี จะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจแนวทางการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ลดช่องว่างและความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน เพิ่มการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารตั้งแต่การวางแผนยุทธศาสตร์ การนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และการประเมินผลตลอดจนการ

เสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการบริหาร ยุทธศาสตร์ ที่ช่วยลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่ง Kaplan and Norton⁵ เห็นว่าการนำยุทธศาสตร์ไป ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จนั้น จะต้องใช้เวลาและความ สามารถมากกว่าการวางแผนยุทธศาสตร์อย่างมีคุณภาพ จึง มีข้อเสนอให้ยุทธศาสตร์เป็นศูนย์กลางของระบบการบริหาร และกระบวนการปฏิบัติงาน รวมถึงอธิบายวิธีการหรือ แนวทางการพัฒนาขับเคลื่อนองค์กรไปสู่องค์กรที่มุ่งเน้น ยุทธศาสตร์รวม 5 ประการคือ (1) เริ่มการเปลี่ยนแปลงจาก ผู้บริหารระดับสูงขององค์กร (2) นำยุทธศาสตร์ที่กำหนด ไว้แปลงเป็นแผนงานโครงการที่สามารถปฏิบัติให้เกิดผลได้ อย่างเป็นรูปธรรม (3) ปรับสร้างความเชื่อมโยงบูรณาการ การปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ในองค์กรให้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่วางแผนไว้ (4) สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรใน องค์กรมีความรับผิดชอบในการดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการและยุทธศาสตร์ขององค์กรและ (5) จัดวางระบบ และระเบียบให้มีการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ประสบผล สำเร็จอย่างเป็นกระบวนการและมีความต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามภายใต้กระแสสังคมปัจจุบันที่มีการ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเป็นยุคที่มีการปรับเปลี่ยนการ บริหารงานแบบดั้งเดิมไปสู่การบริหารจัดการสมัยใหม่ที่มี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ให้เกิดประโยชน์ สุขแก่ประชาชนเป็นที่ตั้ง ต้องตอบสนองนโยบายของ ประเทศและทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว มีความคล่องตัว มีกลไกการตรวจสอบคุณภาพ ลดต้นทุน การใช้จ่าย แต่คงคุณภาพและประสิทธิภาพการบริการไว้ ดังนั้นการจัดการเชิงกลยุทธ์จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วย ให้ นักบริหารกำหนดทิศทางของการบริหาร วิเคราะห์สภาพ แวดล้อมทั้งภายนอกและภายในองค์กร ช่วยกำหนด กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับองค์กร เพื่อที่จะนำ กลยุทธ์เหล่านั้น ไปประยุกต์ปฏิบัติ และควบคุมประเมินผลการดำเนินงาน ขององค์กรได้ ทั้งนี้ไม่จำกัดเฉพาะแต่องค์กรภาครัฐหรือ ภาคเอกชนแต่อย่างใด กลยุทธ์ขององค์กรจะเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กรได้ การทำความเข้าใจและการพยายามศึกษาองค์กรที่ประสบ ผลสำเร็จในการใช้กลยุทธ์เพื่อการจัดการจะทำให้ผู้บริหาร

ได้ทราบถึงคุณประโยชน์ของ กลยุทธ์ ที่จะช่วยสนับสนุน องค์กรให้ประสบความสำเร็จ และจะต้องมีการพิจารณา เลือกลยุทธ์และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับองค์การ⁶ ในทำนองเดียวกันสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตร พیمانได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สาธารณสุขในพื้นที่โดยใช้ แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ ทั้งนี้ได้ถ่ายทอดนโยบายและ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขทุกปี สอดคล้องกับ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ จตุรพักตรพیمانได้นำแนวคิด การบริหารเชิงยุทธศาสตร์มาใช้อย่างเต็มรูปแบบ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยใช้แนวคิดการบริหารเชิงกล ยุทธ์ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การนำแผนไปปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งเครือข่าย สุขภาพอำเภอจตุรพักตรพیمانได้รับการมอบหมายให้ ดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผล ทำให้ทราบ ถึงสถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอ ในระดับหนึ่ง แต่ข้อมูลยังไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องหา ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อจะได้ทราบถึงกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญจากผู้ปฏิบัติงาน จริง ในพื้นที่บทบาทของผู้นำองค์กรมีความสำคัญยังต่อการ ในการกำหนดนโยบาย และมาตรการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจและวัฒนธรรมองค์กรที่สอดคล้องกับ กลยุทธ์ พบว่าปัญหาการดำเนินงานด้านการสร้างความรู้ ความเข้าใจในแผนฯ การจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับต่างๆ ที่ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกันและแผนปฏิบัติ การไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติ การมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละ ด้านไม่ชัดเจน ขาดขวัญกำลังใจตลอดจนแรงจูงใจในการ ปฏิบัติงาน งบประมาณไม่เพียงพอ ยังไม่มีระบบการทำงาน เป็นทีมและพัฒนาทีมเท่าที่ควร รวมถึงด้านการกำกับ ติดตามและประเมินผลมีขั้นตอนที่ไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง ตามระยะเวลาที่กำหนด⁸

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation) เป็นกระบวนการภายหลังที่ผู้กำหนดนโยบายได้กำหนด เป็นนโยบายแล้ว กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเป็นก ะบวนการที่สำคัญ หากกำหนดนโยบายที่ดี แต่ไม่สามารถ นำไปสู่การปฏิบัติได้ย่อมไม่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา องค์กร การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ นับว่ามีความสำคัญ

ยังต่อกระบวนการนโยบาย ดังที่สมบัติ อารังธัญวงศ์¹ ที่กล่าวว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีผลสำคัญในหลายด้าน คือ (1) ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ถ้าประสบผลสำเร็จก็จะได้รับความเชื่อถืออย่างมากจากประชาชน เป็นผลดีต่อผู้ตัดสินใจนโยบาย (2) ส่งผลต่อกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ถ้าทำให้ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้รับการแก้ไขได้ก็จะได้รับความพึงพอใจ หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็กลุ่มเป้าหมายจะเรียกร้องให้หามาตรการแก้ไขต่อไป ซึ่งสภาพปัญหาอาจรุนแรงขึ้นและแนวทางการแก้ไขอาจยุ่งยากมากขึ้นด้วย (3) ส่งผลต่อหน่วยปฏิบัติ ถ้าประสบผลสำเร็จหน่วยปฏิบัติจะได้รับความเชื่อถือว่าทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แต่ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จอาจทำให้ผู้ปฏิบัติถูกลงโทษได้และ (4) ส่งผลต่อการใช้ทรัพยากร การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ประสบผลสำเร็จ ถือว่าเป็นการใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่าและอาจต้องจัดทำใหม่เพื่อแก้ไขต่อไปซึ่งมีผลถึงการจัดสรรทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ด้วย

จากการประมวลเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการพัฒนากลยุทธ์ กล่าวได้ว่า กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเป็นกระบวนการที่สำคัญ หากกำหนดนโยบายที่ดี แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ย่อมไม่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กร การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ นับว่ามีความสำคัญยังต่อกระบวนการนโยบาย ซึ่งผู้ที่จะนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติจะต้องเรียนรู้กระบวนการต่างๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดโดยมีกระบวนการดำเนินงาน การค้นหาปัญหาและวางแผน โดยกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้การนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล โดยประเมินตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์และการปรับปรุงและสะท้อนผลโดยการสะท้อนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพเกิดการพัฒนากลยุทธ์ให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากลยุทธ์และประเมินผลกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและประเมินผลกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันการร่วมกันหาแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแผนการประเมินผลและการสะท้อนถึงการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2562

พื้นที่ดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีเหตุผล คือจากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงานโดยประเมินผลจากเป้าหมายด้านสุขภาพ และตัวชี้วัดด้านสุขภาพทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 พบว่า สาเหตุสำคัญของปัญหาที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ยังขาดการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ขาดความสอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ ขาดหลักวิชาการในการกำหนดนโยบาย (2) การนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ยังมีประสิทธิภาพต่ำ (3) การควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ยังไม่ชัดเจนและมีคุณภาพ ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ

ประชากรในกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการ ศึกษา โดยได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection)

ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลมากที่สุดและตรงประเด็นของการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบปัญหาพฤติกรรมมากที่สุด ดังนี้

1) ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงานของแต่ละโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 35 คน

2) หน่วยวิเคราะห์ (Unit analysis) ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง รวมทั้งหมด 14 แห่ง ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์และแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน จึงได้มีการวิเคราะห์กลุ่มประชากรโดยนำหลักการการบริหารเชิงกลยุทธ์ และแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งดำเนินการเป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

1. เลือกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ติดตามประสานงานและสร้างความสัมพันธ์ภาพ ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

2. วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งได้สัมภาษณ์สมาชิกเครือข่ายสุขภาพเป็นรายบุคคลโดยสัมภาษณ์การบริหารเชิงกลยุทธ์ 6 ด้าน ได้แก่ การเตรียมบุคลากร การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย การกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปี การสร้างแรงจูงใจของบุคลากรเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย การนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติและการประเมินผลและการประเมินผลแผน กลยุทธ์

3. สร้างเครื่องมือซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้รวบรวมเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และปริมาณ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปสัมภาษณ์จริงในพื้นที่เพื่อรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. ประสานงานประสานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อสัมภาษณ์และศึกษาข้อมูลพื้นฐานตามเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

5. หลังจากสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเรียบร้อยแล้ว จึงนำข้อมูลจากการบันทึก นำมารวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งได้สัมภาษณ์นักจัดรายการวิทยุเป็นรายบุคคล โดยสัมภาษณ์ ในด้านต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การเตรียมบุคลากร การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย การกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปี การสร้างแรงจูงใจของบุคลากรเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย การนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติและการประเมินผล และการประเมินผลแผนกลยุทธ์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนตามแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ โดยกำหนดและยกร่างกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน มีขั้นตอน ดังนี้

1. นำข้อมูลจากผลการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎีเพื่อเป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรการวิจัย และข้อมูล และผลการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วยส่วนประกอบ 4 ส่วน คือ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา ขั้นตอนกระบวนการพัฒนา และการวัดประเมินผล

2. จัดทำคำสั่งจัดตั้งทีมพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จตุรพักตรพิมาน ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และแผนงานของแต่ละโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 35 คน และหน่วยวิเคราะห์ (Unit analysis) เป็นโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งหมด 14 แห่ง และผู้วิจัย

3. กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีมให้เป็นแกนนำในการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน รวมทั้งประสานงานระหว่างทีมที่เกี่ยวข้อง

4. พัฒนาศักยภาพทีม โดยการประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานให้เป็นที่เข้าใจก่อนนำ กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน

จังหวัดร้อยเอ็ดไปดำเนินการจริง

5. พัฒนาปัจจัยเกื้อหนุน เช่น การจัดทำเอกสารคู่มือ การปฏิบัติงานสำหรับทีมรวมทั้งเอกสารแผ่นพับ และ วิถีทัศน์ในการนำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่าย สุขภาพ อำเภोजุดรพักตรพิมาน ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาและหาคุณภาพแผนกลยุทธ์ การหาคุณภาพกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่าย สุขภาพอำเภोजุดรพักตรพิมาน

1. การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่เป็น ผู้เชี่ยวชาญโดยพิจารณาจากความรู้ความสามารถในสาขาอาชีพ และประสบการณ์ทำงานมีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 5 คน

2. นำร่างการนำกระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภोजุดรพักตรพิมาน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ตามแบบประเมิน 5 ด้าน คือ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการดำเนินงาน และเงื่อนไขการนำไปใช้ แล้ว วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการประเมิน

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินงานตามแผน

1. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญมา ประชุมโดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของร่างแนวทาง และผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะตรวจสอบ ปรับปรุง และยืนยันร่างกระบวนการ พัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภोजุดรพักตรพิมาน

2. ปรับปรุงข้อมูลที่ได้จากการประชุมไปปรับปรุง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และพิจารณา ความสอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์ของจังหวัดร้อยเอ็ด

3. จัดทำโครงการพัฒนาการนำกระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ อำเภोजุดรพักตรพิมาน และจัดทำคู่มือดำเนินงานตามโครงการที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ ฐานข้อมูลคลังสุขภาพ HDC (Health Data Center) และ ฐานข้อมูลการติดตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด แบบ ONLINE

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามสภาพการพัฒนากลยุทธ์เครือข่าย สุขภาพ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากงานวิจัย เรื่อง การบริหาร เชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัด กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) โดยพัฒนาแปลงจากมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) แบบบังคับตอบ (Forced choice) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1) โดยให้เลือกตอบเฉพาะข้อที่คิดว่าตรงกับความเป็นจริงที่มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.94 และการแปลความหมายของคะแนนใช้เกณฑ์ การแบ่งช่วงคะแนนซึ่งมีรายละเอียดดังนี้¹¹

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง เห็นด้วยในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.แบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบประเมินของศุภักษร พองจางวาง และกองสุข คมนัส¹² การวิเคราะห์ความเหมาะสมและ ความเป็นไปได้ของร่างกระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพ อำเภोजุดรพักตรพิมาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (μ) ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน (σ) โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์¹³ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ความเหมาะสมและ ความเป็นไปได้มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความเหมาะสมและ ความเป็นไปได้มาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความเหมาะสมและ ความเป็นไปได้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความเหมาะสมและ ความเป็นไปได้น้อย

3. แบบรายงานผลการประเมินปฏิบัติราชการตาม

คำรับรองการปฏิบัติราชการจังหวัด ประจำปีงบประมาณ 2563 (ตุลาคม 2562-กันยายน 2563) ภายใต้การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรค เป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการ เป็นเลิศ) และออกแบบและพัฒนารูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ (Design and Development) เป็นการร่างรูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการเชิงระบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มในการจัดประชุมเพื่อการจัดการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นการพัฒนาแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิจารณาด้านจริยธรรม การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึง

สิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งได้อธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายผล หรือตีพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 20 คน (57.1%) อายุเฉลี่ย 46 ปี ($\sigma = 7.89$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 21 คน (60.0%) และประสบการณ์เกี่ยวกับการอบรมการบริหารเชิงกลยุทธ์เฉลี่ย 2 วัน ($\sigma = 0.94$) จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงานโดยประเมินผลจากเป้าหมายด้านสุขภาพ และตัวชี้วัดด้านสุขภาพทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 พบว่า สาเหตุสำคัญของปัญหาที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ยังขาดการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ขาดความสอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ ขาดหลักวิชาการในการกำหนดนโยบาย (2) การนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ยังมีประสิทธิภาพต่ำ (3) การควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ยังไม่ชัดเจนและมีคุณภาพ ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนความคิดเห็นต่อการพัฒนากลยุทธ์เครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.88$, $\sigma = 0.31$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทุกด้านมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนากลยุทธ์เครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน โดยรวมและเป็นรายด้าน

ข้อคำถาม	$\mu(\sigma)$	ระดับความคิดเห็น
1. การเตรียมบุคลากร	2.57(0.74)	ระดับปานกลาง
2. การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย	3.04(0.87)	ระดับปานกลาง
3. การกำหนดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปี	2.64(0.52)	ระดับปานกลาง
4. การสร้างแรงจูงใจของบุคลากรเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย	3.13(0.74)	ระดับปานกลาง
5. การนำแผนปฏิบัติการประจำปีไปปฏิบัติและการประเมินผล	2.51(0.41)	ระดับปานกลาง
6.การประเมินผลแผนกลยุทธ์	3.36(0.77)	ระดับปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	2.88(0.31)	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้กลยุทธ์ โดยรวม และเป็นรายด้าน

องค์ประกอบ	$\mu(\sigma)$	ระดับความเหมาะสม/เป็นไปได้
1. หลักการ	4.20(0.84)	มาก
2. วัตถุประสงค์	4.20(0.84)	มาก
3. กลยุทธ์การดำเนินงาน		
1) การวิเคราะห์สถานการณ์	4.60(0.55)	มากที่สุด
2) การวางแผนตามแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์	4.20(0.84)	มาก
3) การพัฒนาและหาคุณภาพแผนกลยุทธ์	3.80(1.09)	มาก
4) การดำเนินงานตามแผน	4.60(0.55)	มากที่สุด
5) การประเมินผลการดำเนินงาน	4.60(0.55)	มากที่สุด
4. เงื่อนไขการนำไปใช้	4.00(1.22)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.27(0.51)	มาก

2. การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้งหมด 46 ตัวชี้วัด
รอบ 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 97.46

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กระบวนการพัฒนากลยุทธ์
การสร้างเสริมสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตร
พิมาน ประกอบด้วย การดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์
สถานการณ์ การวางแผน การพัฒนาและหาคุณภาพแผน
กลยุทธ์ การดำเนินงานตามแผน และการประเมินผลการ
ดำเนินงาน พบผลเช่นเดียวกับกระบวนการพัฒนาแผน
กลยุทธ์ชุมชนเพื่อการรู้ดิจิทัลและการส่งเสริมการเรียนรู้
ตลอดชีวิตด้านการรู้ดิจิทัลสำหรับผู้ใหญ่ ซึ่งพบว่า
กระบวนการพัฒนาแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับชุมชนมี 6
ขั้นตอน คือ 1) ระบุทิศทางแผน และเตรียมความพร้อม 2)
ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ความต้องการ และกำหนด
ประเด็นที่จะพัฒนา 3) กำหนดกลยุทธ์และร่างแผนกลยุทธ์
ชุมชน 4) นำร่างแผนกลยุทธ์ไปใช้งานจริง 5) การติดตาม
และประเมินผลร่างแผนกลยุทธ์ชุมชน 6) ปรับปรุงแก้ไขร่าง
แผนกลยุทธ์ชุมชนให้เป็นแผนกลยุทธ์และประกาศใช้ ทั้งนี้
กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่นของ
ชุมชนมากกว่าการยึดกรอบทฤษฎีหรือขั้นตอนทางวิชาการ
ชุมชนมีความเห็นว่ากระบวนการพัฒนาแผนกลยุทธ์ควรให้
ความสำคัญกับการนำแผนกลยุทธ์ไปใช้จริง การติดตามและ
ประเมินผล โดยพบว่าขั้นตอนการติดตามและประเมินผล
มักมีปัญหา สำหรับแผนกลยุทธ์ชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีองค์
ประกอบ ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมร่วม กลยุทธ์
วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดกิจกรรม และแผนปฏิบัติการ¹⁴

ในทำนองเดียวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดย
การมีส่วนร่วมของชุมชนมี 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ปัจจัย
นำเข้า คือชุมชนมีความตระหนัก และต้องการแก้ไขปัญหา
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังการใช้ศักยภาพของชุมชนซึ่งมีทุนทาง
สังคมเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน
และการมีนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน
2) กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วยเครือข่าย บ้าน วัด
โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือ
ในการขับเคลื่อน 3) ผลผลิต เกิดแผนสุขภาพชุมชน
นวัตกรรมชุมชนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้าง
เสริมสุขภาพ และ 4) ผลลัพธ์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง คือ
ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่ง
แวดล้อมจนเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ปรับเปลี่ยน
ความเชื่อ ทศนคติ จากภายในบุคคลและมีพฤติกรรมตอบ
สนอง การเรียนรู้ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุม
ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ด้วยตนเอง การประเมินผลการ
ทดสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ได้รับการมี
ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทุกขั้นตอนการวิจัย¹⁵

เช่นเดียวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขต
ตรวจราชการสาธารณสุขเขต 13 ประกอบด้วย จังหวัด
อุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร และจังหวัด
อำนาจเจริญ พบว่า มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) หลักการของ
รูปแบบ เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งมีความ
ยืดหยุ่นสามารถปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความ
ต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ
เพื่อให้เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ 3) กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ
ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการ
จำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพ ขั้นที่ 2 การเตรียมการเพื่อส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน และขั้นที่ 5
การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4) เงื่อนไขความสำเร็จ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการส่งเสริมสุขภาพ
สามารถเรียนรู้กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพครบทุก
ขั้นตอนตลอดจนมีการถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยน¹⁶

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับกระบวนการบริหาร
ยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยขั้น
ตอนการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการบริหารยุทธศาสตร์
สุขภาพ อันเป็นผลสืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขจัดทำ
แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) การปรับรูปแบบ
ระบบบริหาร ภายใต้รูปแบบเขตสุขภาพ 1-12 การดำเนิน
งานตามตัวชี้วัดของจังหวัดผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียงร้อยละ
81.58 ด้วยสาเหตุหลักที่ได้จากผลการทบทวน ได้แก่

1) กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในหลายขั้นตอนที่ยังไม่สมบูรณ์ จึงต้องพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ 2) พัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้วยการพัฒนาขั้นตอน การบูรณาการยุทธศาสตร์ทุกระดับ การพัฒนาจัดทำนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโดยการวิเคราะห์ SWOT Analysis ภายใต้กรอบ Six Building Blocks อย่างเป็นระบบ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนานโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมีส่วนร่วม จัดเวทีให้ความเห็นชอบนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพอย่างเป็นทางการ และพัฒนาแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ 3) การพัฒนากระบวนการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่พื้นที่ ด้วยการพัฒนาขั้นตอน การถ่ายทอดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไประดับพื้นที่ในหลายช่องทาง การจัดทำคู่มือ ไปสเตอร์ นโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างผู้บริหารการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการ มาตรการ กิจกรรมหลักโดยใช้แนวทาง PDCA การพัฒนาทีมพี่เลี้ยงจังหวัดเพื่อร่วมพัฒนางานพื้นที่ การพัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) เพื่อควบคุมกำกับ ประเมินผลแผนปฏิบัติการ และ(4) การพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพด้วยการพัฒนาขั้นตอน การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ การกำหนดผู้จัดการโครงการ¹⁷ และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามมาตรการในยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 โดยการปรับเปลี่ยนกลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญคือ 1) การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย 2) การพัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ครอบคลุมทุกระดับในการให้บริการทุกพื้นที่ 3) การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนควบคู่กับการส่งเสริม และสนับสนุนการผลิต การพัฒนา และธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ และ 4) การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ¹⁸ ; เขตสุขภาพนำ PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาเป็นกรอบแนวคิดในการถ่ายทอด

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก กระบวนการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลการดำเนินการหลักใน 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วย 10 กระบวนการ คือ 1) การจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ 2) การระบุวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ตัวชี้วัด 3) การแปลงยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดในขั้นตอนนี้หน่วยงานในระดับเขต และจังหวัดจะนำยุทธศาสตร์มาถ่ายทอดให้กับผู้ได้บังคับบัญชา 4) การสื่อสารแผนฯ และตัวชี้วัดไปถึงผู้รับผิดชอบหลักผ่านระบบงานราชการตามสายการบังคับบัญชาจากบนลงล่างจากระดับเขตสุขภาพจังหวัดและอำเภอ 5) การจัดโครงสร้าง เช่น ตั้งคณะกรรมการ ทีมภายในหน่วยงาน ทีมเครือข่ายงานมารองรับแผนงาน และตัวชี้วัดที่รับมา 6) พัฒนากลไกเพื่อขับเคลื่อนแผนฯ ตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับหน้าที่ของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน 7) ทุกหน่วยงานนำแผนฯ กิจกรรมไปปฏิบัติตามกรอบเวลาโดยผ่านกลไกของทีมคณะกรรมการ แต่งตั้งให้ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย 8) การสร้างกลไกกำกับ ติดตามและประเมิน 9) การทบทวนเพื่อการจัดการ โดยกลไกของคณะกรรมการทบทวนเพื่อสร้างเป็นวัฒนธรรมให้นำผลการทบทวนมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และ 10) สะท้อนผลกลับไปให้ผู้รับผิดชอบในขั้นตอนการวางแผนและขั้นตอนการถ่ายทอดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนเรียนรู้¹⁹ แต่มีข้อเสนอแนะ ควรประเมินให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ลดจำนวนตัวชี้วัดและเป้าหมายลง เปิด โอกาสให้ระดับตำบล อำเภอกำหนดตัวชี้วัดเอง ประเมินที่ผลลัพธ์และการพัฒนางาน และมีการพัฒนาบุคลากร นำผลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของข้อมูล²⁰

การวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่า การพัฒนาโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) เพื่อการควบคุม กำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณแบบ Real Time การพัฒนาระบบรายงานแบบ Monitoring Cockpit ความคิดเห็นต่อการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไป (ร้อยละ 84.5) ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 84.5 ทั้งนี้ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารทุกระดับควรให้ความสำคัญต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์

สุขภาพและถือเป็นนโยบายปฏิบัติ นำโปรแกรมบริหาร ยุทธศาสตร์ (SMS) ไปพัฒนาต่อเนื่องขยายผลสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดแห่งอื่น¹⁷ เช่นเดียวกับผลการประเมินผล การพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558) ผลการประเมินพบว่า บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ ด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพมากที่สุด (94.0%) ผลการ ประเมินปัจจัยนำเข้าโดยมีระบบการประสานงานสาธาณสุข ในพื้นที่ปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานอื่น ปฏิบัติงานสนับสนุน และส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สาธารณสุขมากที่สุด (98.6%) ผลการประเมินกระบวนการ ในการถ่ายทอดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการทำงานตาม ยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่บุคลากรนำไปปฏิบัติโดยรับรู้ว่ามี บริหารมีระบบการถ่ายทอดนโยบายมากที่สุด (97.1%) ผล การประเมินผลผลิตในการทำงานเชิงกลยุทธ์โดยมีการวัด ระดับของผลการดำเนินงานมากที่สุด (81.9 %) หลังการ พัฒนาศักยภาพการทำงาน พบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมการ ทำงานที่ดีเพิ่มขึ้น (37.701%) โดยรวมมีความพึงพอใจ ต่อการพัฒนาคุณภาพการทำงาน (93.4%) ผลการเปรียบ เทียบคะแนนการประเมินผลงานของคณะกรรมการประสาน งานสาธารณสุขระดับอำเภอ ระหว่าง ปี 2557-2558 โดย รวมมีคะแนนเฉลี่ยผลงานเพิ่มขึ้น (7.24%)²¹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความคิดเห็นต่อ กระบวนการพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเครือ ข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน การกำหนดวิสัยทัศน์ และเป้าหมายอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย ดังนั้น ควรมีการ ปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการด้านงบประมาณ โดย เฉพาะงบประมาณส่งเสริมป้องกันโรคของเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณส่งเสริม ป้องกันโรค ซึ่งถือว่าเป็นงบประมาณที่นำไปแก้ปัญหาใน พื้นที่โดยตรง

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสร้างแรง จูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย เช่น สร้างขวัญและกำลังใจและสนับสนุนเครือข่ายที่ปฏิบัติ งานมีผลงานเด่น และร่วมแก้ปัญหาเครือข่ายที่มีผลงานไม่ บรรลุวัตถุประสงค์ นอกจากนั้นต้องการสนับสนุนงบประมาณเบี้ยเลี้ยงต่างๆ ให้เพียงพอ

3) จากการสะท้อนปัญหาการดำเนินงานพบว่ การกำหนดนิยามตัวชี้วัดจากส่วนกลาง มีการกำหนดนิยาม ตัวชี้วัดแต่ละระดับหน่วยบริการให้มีความแตกต่างกัน เนื่องจากนิยามเดียวกันไม่สามารถวัดผลงานได้จริงในทุก ระดับหน่วยงาน ทั้งนี้เป็นเพราะความแตกต่างของภารกิจ ของหน่วยงาน การใช้นิยามเดียวกัน นอกจากจะทำให้ ประเมินผลผิดพลาดยังอาจก่อผลทางลบต่อการทำงาน และ ลดขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น ส่วนกลาง จึงควรพิจารณานิยามตัวชี้วัดอย่างละเอียดในทุกมิติของ การใช้งาน และในทุกมิติของหน่วยงานก่อนประกาศใช้

เอกสารอ้างอิง

1. วรเดช จันทรศร. ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไป ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : พรักหวาน กราฟฟิค ; 2556.
2. Kaplan, R. and Norton, D. The Office of Strategy Management. Harvard Business Review 2005 ; 10 : 83.
3. Michael, C. et al. The Strategic Gap. Danvers. United States : Wiley ; 2003.
4. Daft, R.L. Management[Internet]. 9th ed. Ohio : South-Western College Pub; 2008 [cited 2019 Aug 10]. Available from http://www.bms.lk/download/GDM_Tutorials/e-books/Management.pdf
5. Kaplan, R. and Norton, D. The Office of Strategy Management. Harvard Business Review 2001 ; 10 : 125.

6. ศศิวรรณ ตันกันยา, ศิริศักดิ์ จันถาไชย, รัชสรรค์ โฉมยา. ปัญหาและแนวทางการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 4. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2559 ; 10 : 164-177.
7. เกริกยศ ชลาชนเดชะ. การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2553.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน. ผลการประเมินยุทธศาสตร์สาธารณสุขปี พ.ศ. 2563. ร้อยเอ็ด : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน ; 2563.
9. สมบัติ อารังธัญวงศ์. นโยบายสาธารณะ: แนวคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เอสเอนด์จีกราฟฟิค ; 2540.
10. สนิทนาฏ ทิพย์มุสิก. การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสเตียน ; 2561.
11. John W. Best and James V. Kahn. Research in education. Boston : Allyn and Bacon ; 2006.
12. ศุภักษร ฟองอาจวาง. กอบสุข คงมนัส. การศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน โดยการใช้การเรียนรู้แบบร่วมมือ เรื่อง การเขียนโปรแกรมขั้นพื้นฐานด้วยภาษาจาวาสคริปต์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ 2559 ; 9 : 937-953.
13. Best, J.W. & Kahn, J. V. Research in Education. 9th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003
14. เรือนทอง ไททะพะพานิช. กระบวนการพัฒนาแผนกลยุทธ์ชุมชนเพื่อการจัดตั้งและการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านการรู้ดิจิทัลสำหรับผู้ใหญ่. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563 ; 17 : 437-455.
15. ศิริพรรณ บุตรศรี. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2558.
16. ประภัสสร ผิวหอม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์]. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ; 2557.
17. สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563 ; 14 : 52-70.
18. สำราญ เจริญผล. รูปแบบการดำเนินงานตามมาตรการในยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2564 ; 40 : 113-124.
19. สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ. การศึกษากระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักสู่การปฏิบัติใน 12 เขตสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ ; 2558.
20. นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์. การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563 ; 6 : 90-107.
21. นิสาชล ศรีหรั่ง. การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2559 ; 24 : 84-93.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล ในอำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

Factors Related with The Oral Hygiene Care for Bedridden Elders by Caregivers in Thawatchaburi district , Roi-Et Province

มิ่งสมร กิตติธีรนนท์ *

Mingsamorn Kittiteeranun

Corresponding author : E-mail : meuming@gmail.com

(Received : March 29,2021 ; Revised : April 7, 2021 ; Accepted : April 28, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลในอำเภอรวัชบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจำนวน 62 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบตรวจสอบสุขภาพช่องปากและแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลซึ่งทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ (Chi-square) และฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (Fisher's Exact Test)

ผลการวิจัย : ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีฟันมากกว่า 20ซี่ (51.6%) ฟันคู่สบน้อยกว่า 4 คู่สบ (71%) หินน้ำลาย (71%) ฟันโยก (30.6%) และมีแผลในช่องปาก (24.2%) ปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โรคกล้ามเนื้อและกระดูก โรคอุบัติเหตุ จำนวนฟันที่เหลืออยู่ ฟันคู่สบ ฟันโยก การมีหินน้ำลายและแผลในช่องปาก และปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ติดเตียงที่ถูกต้อง โดยมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงรวมทั้งมีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุติดเตียง ; ผู้ดูแล ; สุขภาพช่องปาก

ABSTRACT

Purpose : To describe the oral health status of bedridden elders and analyze the factors related with oral hygiene care of bedridden elders by caregivers.

Study design: A cross-sectional study

Materials and Methods : The sample was 62 elders and their caregivers in Thawatchaburi District who have qualifications matched with the inclusion and exclusion criteria. The data were collected by data recording sheets of the elders and caregiver interview form about the elders' oral hygiene care. The confidence test by Cronbach's alpha method at 0.73 was also applied. The data analyzed by using frequency, percentage, average, standard deviation, Chisquare and Fisher's Exact test.

Main Findings : The Bedridden elders had more than 20 teeth (51.6%), (71.0%) had calculus, (71.0%) had less than 4 of posterior occluding pairs, (30.6%) had teeth mobility and (24.2%) had oral ulcers. The elder factors significantly related with oral hygiene care behaviors of the bedridden elders were age, musculoskeletal disease, accidental disease, remaining teeth, mobility teeth, posterior occluding pairs, calculus and oral ulcers. Furthermore, it was also discovered that the factors of caregivers associated with their oral hygiene care behaviors to the elder patients were learning experience on provision of oral hygiene care to the elders and the attitudes of caregivers.

Conclusion and recommendations : Caregivers should be provided with correct advice for bedridden elders' oral hygiene care with clear and intelligible format that could be applied practically including strengthening motivation and encouraging the caregivers by multidisciplinary cooperation for better life quality of the elders.

Keywords : Bedridden elder ; Caregiver ; Oral hygiene

บทนำ

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพพระดัดประเทศครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีฟันธรรมชาติในการใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 40.2 และลดลงในผู้สูงอายุตอนปลาย โดยผู้สูงอายุในช่วงอายุ 80-85 ปี ที่มีฟันธรรมชาติในการใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ มีร้อยละ 22.4 และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 12.1 ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลงชัดเจน และยังพบรากฟันผุที่สัมพันธ์กับเหงือกในวัยสูงอายुर้อยละ 16.5 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟันร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึก

ปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป) ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ติดเชื้อและสูญเสียฟันแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของเบาหวานด้วย¹ ข้อมูลดังกล่าวเป็นการสำรวจโดยเก็บข้อมูลผ่านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในช่วง 60-89 ปี แยกเป็นเขตเมือง และเขตชนบท โดยลักษณะการตรวจเป็นการนัดหมายผู้สูงอายุมาয়งจุดตรวจที่จัดไว้ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางมาได้ด้วยตนเองโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นไม่พบว่าข้อมูลสถานะสุขภาพช่องปากที่ชัดเจนซึ่งสถานะสุขภาพช่องปากอาจจะมีปัญหาแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากภาวะทุพพลภาพและข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพสะอาดช่องปาก

สำหรับความสัมพันธ์ของเชื้อโรคในช่องปากกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย พบว่าการติดเชื้อในช่องปากจะนำไปสู่การติดเชื้อที่อวัยวะสำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื้อจะเดินทางผ่านกระแสเลือด ท่อน้ำเหลือง ระบบทางเดินหายใจ เมื่อแพร่กระจายไปสู่ลำคอ หลอดลม และปอด อาจทำให้เกิดหลอดลมอักเสบและปอดอักเสบได้² ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงมักมีปัญหาอนามัยช่องปากที่ไม่ดีทำให้มีโอกาสที่เชื้อโรคในน้ำลายเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจก่อให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทราบถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลในอำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนางานด้านทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ติดเตียงโดยผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล

ประชากร คือ ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล ในอำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 67 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล ในอำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกทั้งหมด จำนวน 62 ราย โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่อำเภอรวัชบุรี
- 2) ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ในระดับ 0-4
- 3) ผู้ดูแล เป็นบุคคลที่ได้รับมอบหมายโดยญาติให้การดูแลหลักด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุติดเตียง
- 4) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง
- 2) ชุดตรวจในช่องปากและไฝฉายส่องปาก
- 3) แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลในเรื่องการรับรู้ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 31 มีนาคม 2564 แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง

- 1) การตรวจสอบสุขภาพช่องปากโดยใช้ชุดตรวจ ไฝฉายส่องตรวจโดยทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์เป็นผู้บันทึกในการตรวจฟันและหินน้ำลาย ใช้เครื่องมือในการเขียนติดหรือมองเห็นด้วยตาเปล่า การมีฟันโยกตรวจโดยใช้ตามกระจกหากมีการโยกระดับ 2 ขึ้นไป ถือเป็นฟันโยก (โยกในแนวแก้ม-ลิ้นไม่เกินด้านละ 1 มิลลิเมตร) ตรวจเนื้อเยื่อ ลิ้น เพดาน กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก ว่ามีรอยแผล และรอยโรคอื่นๆ โดยใช้แสงจากไฟฉาย โดยได้มีการปรับมาตรฐานการตรวจให้มีความเที่ยงของการตรวจซ้ำในบุคคลเดียวกัน (Intra-examiner calibration) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.83
- 2) การสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งเป็น 3 ส่วน

2.1 การสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายปิด คือ ถูก หรือ ผิด โดยมีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ และคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ โดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 -100 หมายถึง มีความรู้ระดับดี
คะแนนร้อยละ 60 - 79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 0 - 59 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถาม

เชิงลบ จำนวน 3 ข้อ และคำถามเชิงบวก 2 ข้อ มีลักษณะคำถามแบ่งเป็นประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 2.34 – 3.00 หมายถึงทัศนคติอยู่ในระดับดี

คะแนน 1.67 – 2.33 หมายถึงทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 1.66 หมายถึงทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบซึ่งจะแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลเหมาะสม คือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุด้วยวิธีเชิงกล หรือเชิงเคมี เช่น การแปรงฟัน การเช็ดฟันด้วยผ้า การใช้ยาบ้วนปาก รวมถึงการทำความสะอาดกระพุ้งแก้มและเหงือก เป็นต้น กลุ่มที่ดูแลไม่เหมาะสม คือ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลที่ไม่ให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเลย หรือให้บ้วนเพียงน้ำเปล่า

แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนและผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.73

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0112564 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square) และฟิชเชอร์เอ็กแซ็ค (Fisher's Exact Test)

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.7%) อายุเฉลี่ย 75.08 ปี (SD=10.17, range 60-99) ผู้สูงอายุ (35.5%) มีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในระดับ 3-4 มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (56.5%) ผู้สูงอายุรับประทานอาหารทางปากได้ (91.9%) อาหารที่รับประทานเป็นอาหารปกติ (58.1%) สำหรับสภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า มีฟันมากกว่า 20 ซี่ (51.6%) ฟันคู่สบน้อยกว่า 4 คู่สบ (71%) ฟันน้ำลาย (71%) ฟันโยก (30.6%) แผลในช่องปาก (24.2%) ในส่วนปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคอุบัติเหตุ ปัจจัยในช่องปาก คือ จำนวนฟันที่เหลืออยู่ ฟันคู่สบ ฟันโยก การมีฟันน้ำลายและแผลในช่องปาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัย	n(%)	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		Chi-square	p-value
		ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
		(n= 22)	(n= 40)		
เพศ				0.222 ^a	0.637
ชาย	25 (40.3)	8 (36.4%)	17(68.0%)		
หญิง	37 (59.7)	14 (37.8%)	23(62.2%)		
อายุ (ปี)				6.664 ^a	0.036
60-69	18 (29.0)	2 (11.1%)	16 (88.9%)		
70-79	23 (37.1)	10 (43.5%)	13(56.5%)		
≥80	21 (33.9)	10(47.6%)	11(52.4%)		
Mean=75.08 SD=10.1					
ระดับ ADL				1.421 ^a	0.491
0	20 (32.3)	8(40.0%)	12(60.0%)		
1-2	20 (32.3)	5(25.0%)	15(75.0%)		
3-4	22 (35.5)	9(40.9%)	13(59.1%)		
โรคประจำตัว					
โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง	35 (56.5)	16(45.7%)	9(54.3%)	3.674 ^a	0.055
โรคเบาหวาน	12 (19.4)	7(58.30%)	5(41.7%)	3.394 ^a	0.068 ^t
โรคไขมันในเลือดสูง	5 (8.1)	3(60.0%)	2(40.0%)	1.428 ^a	0.235 ^t
โรคกล้ามเนื้อและกระดูก	15 (24.2)	2(13.3%)	13(86.7%)	4.241 ^a	0.039
โรคมะเร็ง	1 (1.6)	0(0.00%)	1(100%)	0.559 ^a	0.645 ^t
โรคไต	5 (8.1)	3(60.0%)	2(40.0%)	1.428 ^a	0.235
โรคทางเดินหายใจ	5 (8.1)	1(20.0%)	4(80.0%)	0.570 ^a	0.412 ^t
โรคความจำเสื่อม	4 (9.5)	3(75.0%)	1(25.0%)	2.917 ^a	0.124 ^t
อุบัติเหตุ	7 (11.3)	0(0.00%)	7(100%)	4.340 ^a	0.038 ^t
วิธีการรับประทานอาหาร				0.570 ^a	0.412 ^t
ทางปาก	57(91.9)	21(36.8%)	36(63.2%)		
ทางสายยาง	5 (8.1)	1(20.0%)	4(80.0%)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัย	n(%)	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		Chi-square	p- value
		ไม่เหมาะสม (n= 22)	เหมาะสม (n= 40)		
ลักษณะอาหารที่รับประทาน				0.911 ^a	0.340
อาหารปกติ	36 (58.1)	11 (30.6%)	25 (69.4%)		
อาหารเหลวและอื่นๆ	26 (41.9)	11 (42.3%)	15 (57.7%)		
จำนวนฟันแท้ (ซี่)				5.350 ^a	0.021
≤ 20	30(48.4)	15(50%)	15(50%)		
> 20	32 (51.6)	7(21.9%)	25(78.1%)		
จำนวนฟันคู่สบ (คู่)				6.581 ^a	0.010
≤ 4	44 (71.0)	20(45.5%)	24 (54.5%)		
> 4	18 (29.0)	2 (11.1%)	16 (88.9%)		
จำนวนฟันโยก				6.010 ^a	0.014
มี	19 (30.6)	11(57.9%)	8 (42.1%)		
ไม่มี	43 (69.4)	11(25.6%)	32 (74.4%)		
หินน้ำลาย				7.276 ^a	0.007
มี	44 (71.0)	21(36.8%)	36(63.2%)		
ไม่มี	18 (29.0)	1(20.0%)	4(80.0%)		
แผลในช่องปาก				8.405 ^a	0.004
มี	15(24.2)	10(66.7%)	5 (33.7%)		
ไม่มี	47(75.8)	12 (25.5%)	35 (74.5%)		

t = Fisher's Exact Test : significant level p- value < .05 ; a = Chi-square test

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 50.50 ปี (SD = 12.7, range 22-84) ความสัมพันธ์เป็นลูกหลาน (85.5 %) จบการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (59.7%) อาชีพรับจ้าง (46.8%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (75.8%) ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อนและไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล

สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมาก่อน (79.0%) และ (62.9%) ตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับดี (80.6%) ความรู้ในการดูแลสุขภาพในระดับดีและปานกลาง (41.9%) และ (35.5%) ตามลำดับ และปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสิทธิภาพ การได้รับคำแนะนำ ช่องปาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 2
การดูแลสุขภาพช่องปากและทัศนคติในการดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 2 ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัย	n(%)	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		Chi-square	p-value
		ไม่เหมาะสม (n= 22)	เหมาะสม (n= 40)		
เพศ				0.394 ^a	0.399
ชาย	11 (17.7)	3 (27.3%)	8(72.7%)		
หญิง	51 (82.3)	19(37.3%)	32(62.7%)		
อายุ (ปี)				0.030 ^a	0.572 ^t
≤ 60	50 (80.6)	18(36.0%)	32(64.0%)		
> 60	12 (19.4)	4 (33.3%)	8(66.7%)		
Mean = 50.50 SD=12.7					
ระดับการศึกษา				0.005 ^a	0.944
ประถมศึกษา	25 (40.7)	9(36.0%)	16(64.0%)		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	37 (59.7)	13(35.1%)	24(64.9%)		
อาชีพ				1.797 ^a	0.407
เกษตรกร	22 (35.5)	9(40.9%)	13(59.1%)		
รับจ้าง	29 (46.8)	11(37.9%)	18(62.1%)		
ค้าขายและอื่นๆ	11 (17.7)	2(18.2%)	9(81.8%)		
รายได้ต่อเดือน				0.040 ^a	0.842
ต่ำกว่า 5,000 บาท	47(75.8)	17(36.2%)	30(63.8%)		
5,000 บาทขึ้นไป	15 (24.2)	5(33.3%)	10(66.7%)		
Mean = 5,327 SD = 6,037					
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล				0.021 ^a	0.601 ^t
คนในครอบครัว	53(85.5)	19 (35.8%)	34 (64.2%)		
รับจ้างดูแลและอื่นๆ	9 (24.2)	3 (33.3%)	6 (66.7%)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัย	n(%)	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		Chi-square	p-value
		ไม่เหมาะสม (n= 22)	เหมาะสม (n= 40)		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง				0.818 ^a	0.278 ^t
ไม่เคยมีประสบการณ์	49(79)	16(32.7%)	33(67.3%)		
เคยมีประสบการณ์	13(21)	6(46.2%)	7(53.8%)		
ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดเตียง				5.228 ^a	0.022
ไม่เคยมีประสบการณ์	39(62.9)	15(50%)	21(53.8%)		
เคยมีประสบการณ์	23(37.1)	7(21.9%)	19(82.6%)		
ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก				0.400 ^a	0.819
ดี	26(41.9)	10(38.5%)	16(61.5%)		
ปานกลาง	22(35.5)	8(36.4%)	14(63.6%)		
น้อย	14(22.6)	4(28.6%)	10(71.4%)		
ระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก				6.320 ^a	0.016 ^t
ดี	50(80.6)	14(28.0%)	36(72.0%)		
ปานกลาง	12(9.4)	8(66.7%)	4(33.3%)		

t = Fisher's Exact Test : significant level p- value <.05 ; a=Chi-square test

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลที่เหมาะสม (64.5%) สำหรับวิธีการที่ใช้คือการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (43.5%) ทำความสะอาดวันละ 1 ครั้ง (54.8%) ช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ทำความสะอาด

สะอาดคือ ช่วงเช้า (95.2%) ไม่ได้ตรวจสอบความสะอาดซ้ำหลังการทำความสะอาดช่องปาก (72.6%) ไม่เคยตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุ (93.5%) และผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ได้รับบริการทางทันตกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

ในส่วนของการเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน อายุรับประทาน น้ำหวาน น้ำผลไม้ โอวัลติน เป็นต้น
พบว่านอกจากอาหารหลัก 5 หมู่แล้วพบว่าผู้ดูแลให้ผู้สูง
ดั่งตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล (n=62)

การปฏิบัติ	ร้อยละ
1. การทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ	เหมาะสม 64.5 ไม่เหมาะสม 35.5
2. วิธีการทำความสะอาดช่องปากที่ผู้ดูแลเลือกใช้	แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 43.5 ให้บ้วนน้ำเปล่า 32.3 เช็ดเหงือกหรือเช็ดกระพุ้งแก้มด้วยผ้า 17.7 เช็ดฟันด้วยผ้า 9.7 ให้บ้วนน้ำยาบ้วนปาก 9.7 แปรงฟันด้วยยาสีฟันไม่มีฟลูออไรด์ 3.2 อื่นๆ เช่น ใช้ไม้พันสำลี 1.6
3. ช่วงเวลาในการทำความสะอาด	เช้า 95.2 เที่ยง 9.7 เย็น 33.9 ก่อนนอน 8.1
4. ความถี่ในการทำความสะอาดต่อวัน	1 ครั้ง 54.8 2 ครั้ง 32.3 3 ครั้ง 8.1
5. ท่านตรวจสอบความสะอาดซ้ำหลังการทำความสะอาดช่องปาก	ตรวจ 27.4 ไม่ตรวจ 72.6
6. ท่านเคยตรวจสอบสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุหรือไม่	ตรวจ 6.5 ไม่ตรวจ 93.5
7. ผู้สูงอายุได้รับบริการทางทันตกรรมในรอบ 3 เดือน	ไม่เคย 100
8. อาหารที่เตรียมให้ผู้สูงอายุรับประทาน	ข้าว 93.5 ผัก ผลไม้ 83.9 นม 79.0 เนื้อสัตว์ 85.5 ขนมหวาน 21.0 น้ำหวาน น้ำผลไม้ โอวัลติน ไมโล 50.0 ขนมขบเคี้ยว 6.5 อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ 6.5

วิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจและ มีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในระดับ 3-4 สำหรับสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากเท่ากับ 17.2 ซี่ มีจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (48.4%) และไม่พบการใส่ฟันเทียมในกลุ่มตัวอย่างซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาณัติ มาตระกูล และคณะ³ ที่ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดกระบี่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (51.6%) ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ มีหินน้ำลาย (60.0%) และไม่ได้รับการใส่ฟันเทียม (98.39%)

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร นับถือศาสนาพุทธ และเป็นเพศหญิง⁴ โดยสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้และการศึกษาของณัชชพร หลงผาสุขและคณะ⁵ คือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น และมีความสัมพันธ์เป็นลูกหลาน

ในด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่มีการดูแลที่เหมาะสม (64.5%) ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Dairo-Javier Marín-Zuluaga และคณะ⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับดีมาก (12.7%) และระดับที่ยอมรับได้ (26.7%) ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการประเมินความเหมาะสมของการดูแลสุขภาพช่องปากในการศึกษานี้ครั้งนี้ครอบคลุมวิธีการทำความสะอาดด้วยการเช็ดฟันด้วยผ้า หรือการทำความสะอาดเนื้อเยื่อในช่องปากอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ และในกลุ่มที่ดูแลไม่เหมาะสมคือ การใช้วิธีบ้วนปากด้วยน้ำเปล่าและกลุ่มที่ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุเลย ดังนั้นร้อยละของการดูแล ที่เหมาะสมในการศึกษานี้จึงสูงกว่าการศึกษานี้ๆ ได้

จากการศึกษานี้พบว่าโรคประจำตัวได้แก่โรคกล้ามเนื้อกระดูกและโรคอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกร

ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียงโดยในผู้สูงอายุกลุ่มโรคนี้จะได้รับการดูแลช่องปากที่เหมาะสมอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในทุกกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้/ พลิกดะแคงตัวบนเตียง การขับถ่าย (เปลี่ยนผ้าหรือผ้าอ้อม) การอาบน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน ทาครีม โทนหนวด เป็นต้น ในส่วนของสภาพช่องปากของผู้สูงอายุพบว่าในผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันเหลือในช่องปากมากกว่า 20 ซี่และจำนวนฟันคู่สบมากกว่า 4 คู่สบขึ้นไป จะได้รับการดูแลที่เหมาะสม เนื่องจากจากการสัมภาษณ์ในข้อความรู้ที่ว่า “เมื่อไม่มีฟันเหลือในช่องปาก ก็ไม่ต้องทำความสะอาดช่องปาก” ผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าหากไม่มีฟันเหลือในช่องปากก็ไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุ และในผู้สูงอายุที่มีแผลในช่องปากและมีฟันโยกจะได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม อาจเนื่องจากกลัวผู้สูงอายุเจ็บในการทำมาสะอาดช่องปาก เมื่อพิจารณาหินน้ำลายของผู้สูงอายุนั้นพบว่าแม้ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมก็ยังพบหินน้ำลาย เนื่องจากหินน้ำลายที่เกิดขึ้นอาจเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะติดเตียง และไม่สามารถที่จะกำจัดได้โดยวิธีการแปรงฟันหรือเช็ดออกด้วยผ้าได้

ในปัจจุบันของผู้ดูแล พบความสัมพันธ์กับประสบการณ์การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้นการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลช่องปากแก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Marques และคณะในปี 2016⁷ พบว่าควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ช่องปากให้แก่ผู้ดูแล และต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะทันตบุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย การศึกษาของ Frenkel และคณะ⁸ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้กับผู้ดูแลในสถานพักฟื้นคนชรานั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจนโดยผู้ป่วยมีคราบจุลินทรีย์และภาวะเหงือกอักเสบลดลงรวมถึงรอยโรคเหตุฟันปลอมลดลงด้วย ซึ่งนอกจากให้ความรู้แล้ว จากการศึกษานี้ของ Blinkhorn และคณะ⁹

พบว่าการจัดหาอุปกรณ์และจัดรูปแบบวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Potchaman และคณะ¹⁰ ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งและควรจะเป็นกิจวัตรขั้นพื้นฐานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงที่ถูกต้องโดยมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงรวมทั้งมีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุติดเตียง

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยทันตบุคลากรเข้าไปมีบทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอราชบุรีทุกท่าน ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี 2560. นนทบุรี : กรม ; 2561
2. Gao L, Xu T, Huang G, Jiang S, Gu Y, Chen F. Oral microbiomes more and more importance in oral cavity and whole body. Epub 2018 ;9(5) : 488-500.
3. อาณัติ มาตระกุล, จริญญา หุ่นศรีสกุล, อัจฉรา วัฒนาภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแล ในจังหวัดกระบี่. NIGRC KKU 2017 ; 813-25.

4. Panyathorn K. Family care of the elderly : A case study of Nongtaguy village, Maung district Udonthani provine. Journal of Nursing and Health Care. 2014 ; 32(4) : 33-9.
5. ณัฏฐา หลงผาสุข, สุปรिता มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ. Thai Journal of Nursing Council 2018 ; 33(2) : 97-109.
6. Zuluaga DJ, Sandvik L, Montoya JA, Willumsen T. Oral health and mortality risk in the institutionalised elderly. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012 ; 17 : 618-23.
7. MARQUES, MATOS DR, SANTOS FS, T, RODRIGUES TM, PARANHOS JA, MARTINS LR, et al. Perception of caregivers on health and oral hygiene care of the institutionalized impaired elderly. Int. J. Odontostomat 2016 ; 10(3) : 443-8.
8. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. Community Dent Oral Epidemiol 2001 ; 29(4) : 289-97.
9. Blinkhorn FA, Weingarten L, Boivin L. An intervention to improve the oral health of residents in an aged care facility led by nurses. Health Education Journal 2011;71(4):527-535.
10. Sinavarat P, Manosoonorn S, Anunmana C. Knowledge, attitudes, and behavior towards oral health among a group of staff caring for elderly people in long-term care facilities in Bangkok, Thailand. M Dent J 2018;38 (1):23-3.

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

The Development of Learning to a Community-Based on Home Ward Care and Rehabilitation

ภัลลภา โสติสวัตต์*

Panlapa Sotitsawat

Corresponding author : Email : Panlapa_49@hotmail.com

(Received: March 2,2021 ; Revised : March 9, 2021 ; Accepted : April 20, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 94 คน และผู้ป่วย อัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 253 คน การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทักษะการดูแลตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า : 1) สภาพปัญหาด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean =3.82, SD= 0.49) 2) การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.30,SD = 0.62) และหลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการพัฒนา และ 3) ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 คน (46.7%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้ส่งผลให้ อสม.มีความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น และยังส่งผลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การเรียนรู้ ; ชุมชนเป็นฐาน ; การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

ABSTRACT

Purposes : To development of learning to a community-based on home ward care and Rehabilitation.

Study design : Research and Development Research.

Materials and methods : 94 of village health volunteers (VHV) and 253 of paralysis patients, home-bound and bed-bound chronically ill patients, and elderly in community who were met the inclusion criteria. The research was divided two phases: The first phase was the development of a model and the second phase assessed an effectiveness learning to a community-based on home ward care and rehabilitation. Data were collected using a test, self-care skills test, and a quality of life assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Main findings : 1) The overall problems of health were at a high level (mean = 3.82, SD = 0.49) 2) Learning to a community-based on home ward care and rehabilitation were condition analysis of operational problems, development of home care and rehabilitation skills, Implementation of action plan, and monitoring, evaluation and transcription of lessons. The validity and feasibility study overall were high (mean = 4.30, SD = 0.62). After intervention, village health volunteers had higher mean scores of knowledge, skills, home care and rehabilitation and quality of life than before intervention, and 3) Paralysis patients, home-bound and bed-bound chronically ill patients, and elderly in community had a good overall quality of life. (46.7%)

Conclusion and recommendations : The results of study indicated that a learning process resulted in village health volunteers have a knowledge and care skills and also affect the patient's quality of life.

Keywords : Learning ; Community-Based ; Home Ward Care

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคแห่งการเจริญของเทคโนโลยีกับการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ “สังคมสูงวัย” (Aged society) สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ¹ ทั้งนี้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ได้กำหนดให้ “ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและ การสนับสนุนในด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ” โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มารับบริการด้านสุขภาพกลุ่มใหญ่ของหน่วยบริการสุขภาพ ประมาณร้อยละ 27.0 ของบริการสุขภาพในหน่วย

บริการสุขภาพที่ไม่ฉุกเฉินเป็นบริการในกลุ่มผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 50.0 ของกลุ่มผู้รับบริการที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มนี้ยังต้องได้รับการเยี่ยมบ้านด้วยจำนวนที่ค่อนข้างสูง² เช่นเดียวกับแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 คิดเป็น 10.90%, 11.28%, 11.15%, 11.66% และ 13.18% ตามลำดับ³

ในปี พ.ศ.2559-2560 จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนที่ตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) 142 ตำบล 64.84% ของตำบลทั้งหมด (219 ตำบล) ผ่านการประเมินตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 142 ตำบล (100.0%) มีการเบิกจ่ายเงิน

จากกองทุน LTC จำนวน 21 กองทุน (14.0%) จากกองทุนเข้าร่วมทั้งหมด (150 กองทุน) และปีงบประมาณ พ.ศ.2560 มีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มอีก 70 ตำบล รวมมีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 212 ตำบล (96.80%) ของตำบลทั้งหมด (219 ตำบล) ผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน 212 ตำบล (96.80%) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10,159 คน Care Manager 470 คน สัดส่วน CM ผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน 1 : 21.61 Care Giver 2,857 คน สัดส่วน CG : ผู้สูงอายุพึ่งพิง อัตราส่วน (Ratio) 1 : 3.56 จัดทำ Care plan ได้ 8,499 ฉบับ (83.66%) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสุขภาพดีขึ้นเป็นกลุ่มติดบ้าน 94 คน จาก 938 คน (10.41%) กลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม 960 คน จาก 9,221 คน (10.02%) สำหรับ การบริหารจัดการกองทุน LTC นั้น จังหวัดอุบลราชธานี การบริหารจัดการเงินกองทุน Long Term Care เพื่อซื้อบริการ โดยโอนเงินไปยังศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และโอนไปยังสถานบริการสามารถโอนเงินเพื่อซื้อบริการได้แล้ว จำนวน 80 กองทุน จากทั้งหมด 150 กองทุน ที่เข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2559-2560 (53.33%) อปท.ที่ยังไม่เบิกจ่ายเนื่องจากไม่เข้าใจและไม่มั่นใจ ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC อำเภอที่เป็นต้นแบบการเบิกจ่ายเงินกองทุน คือ อำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอนาเยีย มีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการครบ 100.0% เบิกจ่ายเงินกองทุนได้ครบ 100.0% และอำเภอโพธิ์ไทร ตำบลที่สมัครเข้าโครงการเบิกจ่ายได้ครบ 100.0% ในตำบลที่เข้าร่วมโครงการ ปี พ.ศ. 2561 พบว่า สปสช.ยังโอนงบประมาณให้ไม่ครบทุกแห่ง จึงอยู่ระหว่างดำเนินการ³ นอกจากนั้นยังพบว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอดอนมดแดง ปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,741 คน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 477 คน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 35 คน ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 38 คน ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care Manager) 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 47 คน กองทุนที่ซื้อบริการตาม แผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) 4 กองทุน แผนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 38 ฉบับ พื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 แห่ง⁴ และจากการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชากรที่มีอายุ 60 ปี

ขึ้นไป ผลลัพธ์ 96.37% พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 176 คน มีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 163 คน สงสัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 52 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 29 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 125 คน มีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 17 คน สงสัยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ 2 คน กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 376 คน ภาวะอ้วนลงพุง 128 คน และผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะมีความวิตกกังวลร่วมด้วย

เมื่อพิจารณาตามการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 (ด้านการเคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 27 คน กลุ่มที่ 2 (เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 7 คน กลุ่มที่ 3 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการป่วยรุนแรง) มีจำนวน 3 คน และกลุ่มที่ 4 (เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต) มีจำนวน 3 คน และยังพบว่า จำนวนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนหนึ่งมีอายุมากขึ้น ร่วมกับมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ อาจกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลและการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลายหน่วยงานได้วางกรอบและระบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านติดเตียง แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย⁴ การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสมขาดการบูรณาการ การดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแล อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปทำงาน ทำให้อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบท จำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็นระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน ยังไม่ชัดเจน ขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ⁵ นอกจากนี้ปัญหาด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุยังมีปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ⁶ พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไปโดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง⁷

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น จะต้องอาศัยการเรียนรู้อันเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด และการกระทำ ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้จากการได้ยิน การสัมผัส การอ่าน การถาม การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น การเรียนรู้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เรียนรู้ผ่านประสบการณ์หรือจากประสบการณ์ที่ผู้อื่นนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้จึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิต เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและตลอดชีวิต ซึ่งสังคมยุคปัจจุบันทำให้บุคคลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าผู้ใหญ่แต่ละคนเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์มีความสามารถที่จะเป็นผู้ชี้นำตนเองได้ บทบาทของครูจะไม่เป็นผู้สอนแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ครูจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ เป็นผู้ช่วยในการวิเคราะห์ความต้องการ (Need analysis) วิเคราะห์ปัญหาของผู้เรียน (Problem analysis) วางวัตถุประสงค์และออกแบบสร้างประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้ (Design learning experiences) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนต้องยึดหลักให้ตอบสนองต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่สิ่งที่ควรคำนึงถึงหรือลักษณะเด่นของผู้ใหญ่ที่มีผลทำให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ได้อย่างสมบูรณ์แบบมี 4 ประการ คือ (1) มโนทัศน์ของผู้เรียน (Self Concept)

ผู้ใหญ่จะมองเห็นตนเองและนำตนเองได้ รู้จักเหตุและผล และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (2) ประสบการณ์ของผู้เรียน (Experience) ผู้ใหญ่มีประสบการณ์สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีประสบการณ์มาก (3) ความพร้อมที่จะเรียน (Readiness to Learn) ผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะและเกิดความพร้อมในการเรียนรู้และจะเรียนรู้ได้ดีที่สุด ถ้าเรื่องที่เรียนรู้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และมีความจำเป็นต้องรู้ และ (4) แนวทางการเรียนรู้ (Orientation to Learn) ผู้ใหญ่จะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้และมุ่งนำความรู้ไปใช้ได้ในทันที⁸

ในการทำงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีฐานรากมาจากทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivist Theory) โดยมีเงื่อนไขการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้เป็นกระบวนการลงมือกระทำ (ActiveProcess) ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ความรู้ต่างๆ จะถูกสร้างด้วยตัวผู้เรียนเอง โดยใช้ข้อมูลที่ได้รับมาใหม่ร่วมกับข้อมูลหรือความรู้เดิมที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งประสบการณ์เดิมมาสร้างความหมายในการเรียนรู้ของตนเอง ประสบการณ์ของผู้เรียนจะถูกนำมาเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ และจะมีผลโดยตรงต่อการสร้างความรู้ใหม่ แนวคิดใหม่หรือการเรียนรู้ที่ตนเอง กระบวนการเรียนรู้จึงมักเป็นลักษณะที่ให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากการร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานยังอยู่ภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) โดย David Kolb กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Concrete Experience : CE) Kolb เชื่อว่าการเรียนรู้ที่แท้จริงจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้สัมผัส “ธรรมชาติที่แท้จริงขององค์ความรู้”⁹ เช่น การเรียนการสอนในห้องเรียน การศึกษาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การอ่านหนังสือการทดลอง การพูดคุยและการประชุม เป็นต้น 2)การสะท้อนการเรียนรู้/ทบทวนการเรียนรู้ (Reflective Observation : RO) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจะมีการสะท้อนคิด (Reflection) กระบวนการเรียนรู้จะต้องมีการจัดสรรเวลาให้ขั้นตอนนี้อย่างเหมาะสมเนื่องจากเป็นธรรมชาติของผู้เรียนที่จะต้องมีการสะท้อนคิดอยู่ตลอดเวลา เช่น การเขียนสรุปสิ่งที่เรียน การบันทึกการเรียนรู้การทำการบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระหว่างผู้เรียน (Dialogue/Discussion) 3) การสรุปองค์ความรู้ (Abstract Conceptualization : AC) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจัดวางองค์ความรู้ใหม่ผสมกับองค์ความรู้เก่าด้วยตนเอง เช่น การเขียนแผนภาพโน้ตส์ (Mind Mapping) การสรุปการเรียนรู้ออกมาเป็นรูปแบบหรือกรอบความคิด การนำเสนอผลการเรียนรู้ของผู้เรียน และ 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ (Active Experimentation : AE) ผู้เรียนจะลงมือปฏิบัติอีกครั้งเพื่อพิสูจน์การเรียนรู้ของตนเองว่าเข้าใจได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อบรรณสิ่งที่เรียนรู้ที่ถูกต้องหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงสำหรับดำเนินการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 ต่อไป^{10,11}

การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานให้บรรลุเป้าหมายนั้นจะต้องประกอบด้วย 1) การสนับสนุนงบประมาณและร่วมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การจัดระบบการดูแลตามการประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ และ 5) การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคลังปัญญาของผู้สูงอายุ¹² หรือการจัดการเชื่อมประสานภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน เช่น (1) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง (2) มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (3) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และ (4) เน้นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Care) ไม่สามารถจะดูแลได้เฉพาะในเครือข่ายสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยเครือข่ายระดับอำเภอ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่าย ทางด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นแกนนำในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอ มีการปรับ “ระบบเดิม” เป็น “ระบบพัฒนา” ดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่การคัดกรองไปจนถึงการเตรียมผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาวกลับไปยังชุมชน “ระบบพัฒนา” ได้กำหนดให้บริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม โดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก ถ้าครอบครัวดูแลไม่ไหว โรงพยาบาลจะให้อาสาสมัครเข้าไปช่วยเหลือเป็น พี่เลี้ยงโดยมีภาคีเครือข่าย

ให้การสนับสนุน ซึ่งทางโรงพยาบาลจะจัดอบรมอาสาสมัครให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างน้อยต้องมีอาสาสมัครหมู่บ้านละ 2 คน นอกจากนั้น ยังมีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตและปฏิบัติธรรมเน้นเรื่องของจิตอาสาเป็นหลัก ลักษณะการทำงานจะประสานงานร่วมกับโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ค่อนข้างดี¹³

กล่าวได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาถูกจำกัดอยู่ 2 แบบ คือ การดูแลตนเองในครอบครัวและการดูแลโดยรัฐจัดให้ นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการจัดบริการแบบแยกส่วน คือ การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยกระทรวงสาธารณสุขที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุก็เกิดปัญหาด้านบริหารจัดการ และขาดการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ซึ่งล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรม จนทำให้เกิดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ส่วนการสนับสนุนในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่ดีของสังคมไทย หากครอบครัวไม่พร้อมย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และจำเป็นจะต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ อย่างลึกซึ้ง¹⁴

ดังผลการศึกษาในเขตเทศบาลตำบลพุกกระทิง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรีพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำวิธีการให้ความรู้ เอกสารและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 ขั้นตอน คือ การวางแผน ปฏิบัติการ การสังเกต การสะท้อนผลและปรับปรุง ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นและศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและ

หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน⁸ การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนชี้ให้เห็น 2 กระบวนการ คือ การหาและใช้ข้อมูลปัญหาและความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน และกระบวนการหาและใช้ศักยภาพทุนทางสังคมที่มีอยู่แล้วบางส่วน และเพิ่มเติมส่วนขาดด้วยการวิเคราะห์ให้เวทีระดมสมอง จากทั้ง 2 กระบวนการนี้นำไปสู่การจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การอบรมและฝึกปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย การจัดระบบการจ่ายเงินสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ การสร้างอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับบริการของผู้สูงอายุ¹⁵

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการจัดกิจกรรม การเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยคนชุมชนมีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตนเองผ่านกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นการวิพากษ์ทั้งในมุมมองของผู้สอนและผู้เรียน โดยให้ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญมีโอกาสเลือก และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเรียนรู้และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนเป็นในลักษณะของบุคคลที่มีความเท่าเทียมกัน อันจะส่งผลให้ส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานบรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (Analysis : A) : ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ การเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

วิธีดำเนินการ โดยวิเคราะห์และศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สภาพปัจจุบันและความต้องการ วิเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน และวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวิเคราะห์เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้ววิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.60 - 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายของเบสส์¹⁶

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนา (Design and Development : D) ดำเนินการโดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างต้นแบบที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้ววิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.60 - 1.00

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research:R2) เป็นการนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้จริงดำเนินการโดยนำกระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปใช้ในสภาพจริง (Implementation: I)

การนำรูปแบบไปทดลองใช้ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียวทดสอบก่อนและหลัง

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 94 คน และกลุ่มผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 253 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพเพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน คือ รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มีค่าเท่ากับ 0.60-1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR20 ได้ค่าเท่ากับ 0.93 ความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.43-0.75 และค่าอำนาจจำแนก (B) และค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.39-0.89 แบบประเมินทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.47-0.77 และ

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บรากเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบวัดมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบรากเท่ากับ 0.8406

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเตรียมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนวิจัยโดย 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน 2) ศึกษาสภาพปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน 3) นำสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาในขั้นที่ 1-3 มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิด และ 4) นำกรอบแนวคิดในการวิจัยมาทำโครงการวิจัยและที่ปรึกษา

การดำเนินการวิจัย ในขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) ที่เน้นการใช้นวัตกรรม การดำเนินการทุกขั้นตอนจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วิทยากร ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบแผนการวิจัยเป็นแบบ One Group Pretest – Posttest Design ดังนี้¹⁷

T 1	X	T2
-----	---	----

เมื่อ T1 แทน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. ก่อนการพัฒนา

X แทน รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

T2 แทน (1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. หลังการพัฒนา (2) พฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนโดยจัดทำหนังสือถึงประธานสาธารณสุขอำเภอตอนมดแดง เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์สภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัจจุบัน/สิ่งที่จริง (Actual) รวมทั้งวิเคราะห์เอกสาร นโยบาย ทุกระดับสิ่งที่คาดหวัง (Target) เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์สิ่งที่เติมเต็ม (Gap) ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของอสม. ที่จะดำเนินการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 วัน และติดตามนิเทศงานในพื้นที่ จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน หรือ ITIE Model ได้แก่ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงาน (Investigate analysis) ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน (Training) ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Implementation) และขั้นที่ 4 ติดตาม ประเมินผล ถอดบทเรียน (Follow-up and evaluation) หรือสรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์ การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นการนำผลการทดลองใช้ตามกระบวนการดำเนินงานและเงื่อนไขของกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. ในขั้นตอนที่ผ่านมา รวมทั้งผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมของการเรียนรู้มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และพร้อมที่จะนำไปใช้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) เป็นการประเมินผล (Evaluation : E) เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานหลังการพัฒนา

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับศึกษาสภาพปัญหาทั้งหมด 80 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (55.0%) อายุเฉลี่ย 61 ปี ($SD = 13.99$) สถานภาพสมรสเป็นโสด (47.5%) พบว่าสภาพปัญหาด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($Mean = 3.82, SD = 0.49$)

2. การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน หรือ ITIE Model ได้แก่ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงาน (Investigate analysis) ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน (Training) ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Implementation) และขั้นที่ 4 ติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน (Follow-up and evaluation) หรือสรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์รูปแบบการเรียนรู้มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($Mean = 4.30, SD = 0.62$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า หลักการ และวัตถุประสงค์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($Mean = 4.50, SD = 0.83$) และ ($Mean = 4.50, SD = 0.84$) ส่วนกระบวนการเรียนรู้ พบว่า ขั้นตอนการติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน (Follow-up and evaluation) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($Mean = 4.67, SD = 0.82$)

3. ประสิทธิภาพรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

3.1 หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.67 คะแนน (95%CI ; 9.18, 10.17) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านรายด้านมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, < .001, < .001, < .001$ และ $< .001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.83 คะแนน (95%CI ; 1.65, 2.00) ; 1.98 (95%CI ; 1.78, 2.19) ;

1.67(95%CI ; 1.49, 1.84) ; 2.28 (95%CI ; 2.07, 2.54) และ 1.90 คะแนน (95%CI ; 1.72, 2.09) ตามลำดับ

3.2 หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.57 คะแนน (95%CI ; 0.47, 0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านทุกด้าน รายด้าน มากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

($p<.001$, $<.001$ และ $<.001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.10 คะแนน (95%CI ; 0.94, 1.25) ; 0.36(95%CI ; 0.23, 0.50) และ 0.23 คะแนน (95%CI ; 0.12, 0.36) ตามลำดับ

3.3 หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 คน (46.7%) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 17 คน (7.27%) และคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 108 คน (46.07%) ตามลำดับ ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference (95%CI)	p
		ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา		
การบริโภคอาหาร	94	0.73(0.65)	2.56(0.63)	1.83(1.65, 2.00)	<.001
การออกกำลังกาย	94	0.78(0.47)	2.77(0.47)	1.98(1.78, 2.19)	<.001
การดูแลอนามัยส่วนบุคคล	94	0.98(0.67)	2.65(0.47)	1.67(1.49, 1.84)	<.001
การป้องกันโรค	94	1.19(0.94)	3.47(0.94)	2.28(2.07, 2.54)	<.001
การดูแลสุขภาพจิต	94	0.91(0.81)	2.82(0.43)	1.90(1.72, 2.09)	<.001
โดยรวม	94	4.60(1.85)	14.28(1.63)	9.68(9.18, 10.17)	<.001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference (95%CI)	p
		ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา		
การบริโภคอาหาร	94	0.70(0.66)	1.08(0.31)	1.10(0.94, 1.25)	<.001
การออกกำลังกาย	94	0.69(0.57)	1.06(0.24)	0.36(0.23, 0.50)	<.001
การผ่อนคลายความเครียด	94	0.63(0.51)	0.86(0.21)	0.23(0.12, 0.36)	<.001
โดยรวม	94	0.67(0.42)	1.24(0.15)	0.57(0.47, 0.66)	<.001

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชน (n = 253)

ระดับคุณภาพชีวิต	n(%)
การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี	108(46.0)
การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	35(13.8)
การมีคุณภาพชีวิตดี	110(46.7)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งพบว่า ภาวะความเจ็บป่วย (โรคประจำตัว) ของผู้สูงอายุตำบลบางเตย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่สุดเป็นลำดับแรก (ร้อยละ 69.00) รองลงมาคือโรคปวดเมื่อย/ปวดหลัง/ปวดเอว (ร้อยละ 45.20) โรคปวดข้อ/ปวดกระดูก (ร้อยละ 25.40) และลำดับสุดท้ายคือ โรคภาวะทางสมอง (ร้อยละ 0.50)¹⁸ 6 เดือนต่อมาพบว่า มีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้านต่างๆ และจะต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน เช่นเดียวกับงานวิจัยของอมร สุวรรณนิมิตรนงเยาว์ มีเทียนและสุภาพร อาญาเมือง¹⁹ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (50.5%) สถานภาพสมรส (50.5%) รายได้เฉลี่ย 4,718 บาท ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน เฉลี่ย 4 คน อาศัยอยู่กับบุตรหลานญาติ แหล่งรายได้มากกว่าร้อยละ 90.0 มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 60.0 มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้ และมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการเอาใจใส่จากผู้ดูแล และพบว่า

ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีปัญหาสุขภาพ และปัญหาด้านอื่นๆ ต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราพร ทองดี²⁰ ; ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนันต์ ปิ่นแก้ว²¹ ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายสูง

การวิจัยนี้ได้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน การปฏิบัติตามแผน การติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนหรือสรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้ มีความเหมาะสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ในทำนองเดียวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม และการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล¹⁹เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า กระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุ 2) การกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม 3) การให้ความรู้แก่ชุมชน 4) การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 5) การจัดตั้งกลุ่มการเรียนรู้ 6) การส่งเสริมการทำงานหารายได้และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และ 7) การประเมินผล²² ดังผลการวิจัยในจังหวัดนครราชสีมาซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือขั้นเตรียม

ความพร้อม ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้านประเมินการวางแผน
จำหน่ายประเมินอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
ลงทะเบียนผู้ป่วยและร่วมกันวางแผนการติดตามดูแล
สุขภาพที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทีมเยี่ยมบ้าน
(ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ออก
ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินสภาวะสุขภาพผู้พิการที่บ้าน
ประเมินความสามารถของผู้ดูแล ประเมินสภาพปัญหาและ
ความต้องการ เจ้าหน้าที่สอนและให้คำปรึกษาแนะนำ
ให้กำลังใจ ผู้พิการและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง
ขึ้นติดตามประเมินผล (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) ได้แก่
การติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาความสามารถในการ
ช่วยเหลือตนเอง โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันของผู้พิการและความสามารถของผู้ดูแลซ้ำ
ประเมินสภาพปัญหา สอนและให้คำแนะนำปรึกษาให้กำลังใจ
และสนับสนุนปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพที่
บ้าน และขึ้นดูแลตนเอง (หลัง 16 สัปดาห์) ได้แก่ การประชุม
แลกเปลี่ยนและวางแผนส่งต่อข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชน
มีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์เพื่อปรึกษาปัญหาทีม
สุขภาพ สรุป บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและจัดเก็บในฐาน
ข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน²³

ในทำนองเดียวกับผลการศึกษาที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัด
ชลบุรี พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันมี
การเรียนรู้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ 1) เรียนรู้จากการร่วม
ปฏิบัติงานกับทีมบุคลากรด้านสุขภาพ 2) เรียนรู้จากการเข้า
ร่วมประชุมหรืออบรม 3) เรียนรู้จากการสอนของกลุ่มอาสา
สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) เรียนรู้จากการลงมือ
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 5) เรียนรู้จากนวัตกรรมการสื่อ
ประชาสัมพันธ์ 6) เรียนรู้จากญาติ เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มแม่
บ้าน และ 7) เรียนรู้จากวัฒนธรรมพื้นบ้าน โดยได้รับ
การสนับสนุนจากภาครัฐและครอบครัวส่วนความต้องการ
การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ 1) การเรียนรู้
วิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบการแพทย์ทางเลือก 2)
การเรียนรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3)
เรียนรู้เรื่องสวัสดิการและสิทธิประโยชน์²⁴ และสอดคล้องกับ
การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถใน

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังใน
ชุมชนชนบท การศึกษาประกอบด้วย ระยะที่ 1 วิเคราะห์
สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูง
อายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย พบ
ว่า ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้แก่
การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว การรับรู้
ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการ
ดำรงชีวิตประจำวัน การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ
และสภาวะสุขภาพ โดยตัวแปรทั้งหมดร่วมทำนาย
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 26.0 ระยะที่ 2
การพัฒนากระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ
ตนเอง ประกอบด้วย (1) การศึกษาความต้องการ
และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูง
อายุด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง (2) การตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า กระบวนการเพิ่ม
ความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่
อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1
กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ
ตนเองเพื่อลดผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัย
ตามลำพัง ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ขั้นตอนที่ 3
กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลภายนอก
ครอบครัวและองค์กรภาครัฐในพื้นที่ และระยะที่ 3
การทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถ
ในการดูแลสุขภาพตนเอง²⁵

ส่วนประสิทธิผลรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแล
และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัคร
สาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการดูแล
และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวม มากกว่า ก่อนการพัฒนา และ
พบว่า ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุ
ในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110
คน (46.7%) เช่นเดียวกับอำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง
พบว่า หลังการปฏิบัติการระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้าน
สุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม
และคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อน
การปฏิบัติการอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกองค์

ประกอบ¹⁵ ผลการวิเคราะห์หาค่าความดันโลหิตขณะหัวใจ ปับ
ตัวและขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย
ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษา
ประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชน
ชนบท พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท²⁵

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการเรียนรู้มาจากทฤษฎีการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งแนวคิดนี้อยู่ภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) โดย David Kolb กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Concrete Experience : CE) Kolb เชื่อว่าการเรียนรู้ที่แท้จริงจะเริ่มขึ้น เมื่อผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้สัมผัส “ธรรมชาติที่แท้จริงขององค์ความรู้นั้น” เช่น การเรียนการสอนในห้องเรียน การศึกษาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การอ่าน หนังสือ การทดลอง การพูดคุย และการประชุม เป็นต้น 2) การสะท้อนการเรียนรู้/ทบทวนการเรียนรู้ (Reflective Observation : RO) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจะมีการสะท้อนคิด (Reflection) กระบวนการเรียนรู้จะต้องมีการจัดสรรเวลาให้ขั้นตอนนี้อย่างเหมาะสมเนื่องจากเป็นธรรมชาติของผู้เรียนที่จะต้องมีการสะท้อนคิดอยู่ตลอดเวลา เช่น การเขียนสรุปสิ่งที่เรียนรู้ การบันทึกการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน(Dialogue/Discussion) 3) การสรุปองค์ความรู้ (Abstract Conceptualization : AC) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจัดวางองค์ความรู้ใหม่ผสมกับองค์ความรู้เก่าด้วยตนเอง เช่น การเขียนแผนภาพมโนทัศน์ (Mind Mapping) การสรุปการเรียนรู้ออกมาเป็นรูปแบบหรือกรอบความคิด การนำเสนอผลการเรียนรู้ของผู้เรียน และ 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ (Active Experimentation : AE) ผู้เรียนจะลงมือปฏิบัติ อีกครั้งเพื่อพิสูจน์การเรียนรู้

ของตนเองว่าเขาได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อรวบรวมสิ่งที่เรียนรู้ที่ถูกต้องหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงสำหรับดำเนินการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 ต่อไป ดังนั้นจึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟู²⁶ ผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน การปฏิบัติตามแผน การติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนหรือสรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้ฯ มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และประสิทธิผลรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมมากกว่า ก่อนการพัฒนา และพบว่า ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 คน (46.7%)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ยังมีผู้ป่วย อัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชนมี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 108 คน (46.0%) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี สถานภาพสมรสคู่ถึง 211 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 253 คน คู่สมรสขาดความรู้ และทักษะในการดูแลและฟื้นฟูผู้ ป่วย ส่งผลให้ขาดความมั่นใจขณะดูแลและขาดการ สนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น ผ้าผืน ครอบคร้ว ใบสั่งยา ถุงมือแบบใช้แล้วทิ้ง โปรทวดใช้ ไม่กด ลิ่น ไฟฉาย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลที่ ปลายนิ้ว เครื่องตรวจจุลและตา เจลหล่อลื่นในกรณีที่ต้อง เปลี่ยนสายต่างๆ ที่ติดอยู่กับผู้ป่วย หรือถุงขยะติดเชื้อ เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร พัฒนาคำแนะนำและทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชนให้กับญาติ หรือคู่สมรส และสนับสนุนการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ ต่างๆ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population ageing 2013. New York : United Nations Department of Economic and Social Affairs ; 2015.
2. Hendrix CC, Matters L, West Y, Stewart B, McConnell ES. The Duke-NICHE program : an academic-practice collaboration to enhance geriatric nursing care. NursOutlook 2011 ; 59 : 149-57.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุข; 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุข ; 2561.
5. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. สมุทรปราการ : แอดวานซ์ ฟรินติ้ง เซอร์วิส ; 2555.
7. พรทิพย์ เกยุรานนท์. จิตสังคมผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_9.html
8. สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์, จรูญศรี ทองมาก. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวาง อำเภอพระพุทธรักษา จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555 ; 22(3) : 77-87.
9. Bedri, Z, de Frein, R. and Dowling, G. Community-based learning : A primer. Irish Journal of Academic Practice [Internet]. 2017 [cited June 14, 2020] : Available from : <https://arrow.dit.ie/ijap/vol6/iss1/5>
10. Erstad O. The Assessment and Teaching of 21st Century Skills Project. Nordic Journal of Digital Literacy 2009 ; 4(2) : 7.
11. มณฑล จันทน์แจ่มใส. โครงการถอดชุดประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : กรณีศึกษาการบูรณาการการจัดการเรียนรู้วิชาออกแบบสถาปัตยกรรมกับการพัฒนาที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558; 10:143-156.
12. สริญญา ปิ่นเพชร. ผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552 ; 27 : 38-47.
13. นพรัตน์ วัชรขจรกุล. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน. ใน : สุพัตรา ศรีณิชากร, บรรณาธิการ. การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน. นครปฐม : ที ซีว พี; 2555.
14. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ. การสำรวจสถานการณ์ การมีกิจกรรมทางกายของประเทศไทย พ.ศ. 2555. นครปฐม : มหาวิทยาลัย ; 2555.
15. พิทยา ทองหนู่น้อย. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนดินแดง จังหวัดพัทลุง. ใน : มหกรรมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2561.
16. Best, J. W. Research in Education. 3 rd ed. New Jersey : Prentice hall Inc; 1977.
17. มาเรียม นิลพันธ์. วิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ศิลปการ ; 2553.
18. ธนาบุส ธนธิต, กนิษฐา จำรัสสวัสดิ์. การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2558 ; 35(3) : 57-72.
19. อมร สุวรรณนิมิตร, นงเยาว์ มีเทียน, สุภาพร อาญาเมือง. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม 2560 : 46-53.

20. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557 ; 22(3) : 88-99.
21. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนันต์มา ปิ่นแก้ว. ความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2558 ; 10(2) : 109-16.
22. เรวดี จันทเปรมจิตต์. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2557.
23. อุไรวรรณ จาริก. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2551.
24. พัทธ์ทศ ทองสุขและคณะ. การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลมะขามเตี้ยอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ตาก : วิทยาลัยนอร์ทเทิร์นตาก ; 2558.
25. สมคิด ตันติไวยทนต์, สุนา ตันติไวยทนต์. ประสิทธิภาพของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557 ; 23(4) : 619-628.
26. Bedri, Z, de Frein, R. and Dowling, G. Community-based learning : A primer. Irish Journal of Academic Practice [Internet]. 2017 [cited July 10, 2020] : Available from : <https://arrow.dit.ie/ijap/vol6/iss1/5>

ประสิทธิผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาแบบบูรณาการของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The effectiveness of Integrated Multi-Drug Resistant Bacteria Surveillance in Infection Control Ward Nurses in Roi-Et Hospital

ภัศราภรณ์ ศิริษา*

Phatsaraporn sirisa

Corresponding author : E-mail : earthsirisa@yahoo.co.th

(Received: March 1, 2021 ; Revised : March 8, 2021 ; Accepted: April 16, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหา สภาพการณ์ และประเมินประสิทธิผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาแบบบูรณาการของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN)

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย จำนวน 66 คน จาก 46 หอผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินการ และระยะที่ 3 ระยะการประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสำรวจอัตราชุกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์ที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย 66 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96.97%) อายุระหว่าง 26 – 30 ปี (31.82%) ผลการศึกษาสภาพการณ์พบว่า การบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาไม่ครบถ้วน การวินิจฉัยการติดเชื้อไม่ถูกต้อง เนื้อหาของคู่มือแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม และการมีส่วนร่วมบางหน่วยงานยังมีน้อย ผลการประเมินความรู้หลังการพัฒนา พบว่า ความรู้เรื่องการวินิจฉัยการติดเชื้อ ผ่านเกณฑ์ (76.36%) และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ผ่านเกณฑ์ (84.85%) ส่วนประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยก่อนการพัฒนาปี 2561 (78.26%) ระหว่างการพัฒนา ปี 2562 (90.00%) และหลังการพัฒนาปี 2563 (100%) ผลสำรวจอัตราชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนาปี 2561 (0.83 %) ระหว่างการพัฒนาปี 2562 (1.82%) และหลังการพัฒนาปี 2563 (1.81%) พบการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 เชื้อดื้อยาที่พบส่วนใหญ่ เป็น *Pseudomonas aeruginosa* และ *Acinetobacter baumannii* โดยพบสูงที่สุดในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ

สรุปและข้อเสนอแนะ : พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ผ่านเกณฑ์ชี้วัดความรู้ภาพรวม เรื่องการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และผ่านเกณฑ์ชี้วัดความรู้เฉพาะ เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ส่วนความรู้เรื่อง การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด และผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ; การเฝ้าระวัง ; พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To study of problem, situation and evaluation development effectiveness Integrated Multi-Drug Resistant Infection Surveillance in Infection Control Ward Nurses (ICWN).

Study design: Participatory Action Research.

Materials and Methods : Data were collected from 66 ICWN from 46 wards. The research has three phases for implementation: Phase 1, Preparation phase, Phase 2, Operation phase, and Phase 3, Evaluation phase. The research instruments were prevalence survey and evaluation of the surveillance of ICWN in hospital. The assessment knowledge of ICWN. The descriptive statistics were used for all data analysis.

Main findings : Of 66 persons ICWN most of them were female (96.97 %), age between 26-30 years (31.82%). The study situation problem found out that incomplete surveillance record of infection in hospitals and drug-resistant infections, incorrect diagnosis of infection, the content of the hospital infection diagnosis guideline is not comprehensive, less participation of some of the participants. The results of knowledge assessment of ICWN after development found that Knowledge score of hospital infection diagnosis passed knowledge performance indicator (76.36%) and the prevention and control of drug-resistant infections in hospitals was pass performance indicator (84.85 %). The efficiency of surveillance of infection in hospitals before the development in 2018 (78.26%) during development in 2019 (90.00%) and after development in 2020 (100%) The prevalence rates hospital infection before the development in 2018 (0.83%) during development in 2019 (1.82%), and after development in 2020 (1.81%). Drug-resistant infection in the hospital was 100% most of them were *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii*. The highest site if infection were respiratory tract system and urinary tract infection.

Conclusion and recommendations : The results of the study showed that the infection control nurse in the ward of Roi Et Hospital passed the overall knowledge performance indicators on infection diagnosis in the hospital and prevention and control of drug resistant infections in hospitals for the knowledge of the infections diagnosis in the hospital did not pass performance indicator and the number of patients with drug-resistant infections in the hospital was increased which must be further development.

Keywords : Effectiveness ; Surveillance ; Infection Control Ward Nurses

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต ความทุกข์ทรมาน และภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสถานพยาบาล จากสถิติทั่วโลก มีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาคาดว่าใน พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน¹ จากรายงานของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2562 พบเชื้อ *Acinetobacter Species*. ดื้อต่อยา imipenem เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 เป็นร้อยละ 55.5 เชื้อ *K. pneumoniae* จากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 10.2 เชื้อ *P. aeruginosa* จากร้อยละ 9.6 เป็นร้อยละ 18.3 และ เชื้อ *E. Cloacae* จาก ร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ 42 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูง ถึง 4.2 หมื่นล้านบาท^{3,4} แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564 เน้นการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพโดยมีการวางเป้าหมายที่ชัดเจน วัดผลได้ และมีกรอบในการจัดการกับปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาและนโยบายของประเทศในการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศอย่างเป็นระบบ และเน้นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เป็นการแสดงความมุ่งมั่นของประเทศไทยในการร่วมแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพกับนานาประเทศทั่วโลก²

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นดัชนีวัดคุณภาพการบริการที่สำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ชี้ให้เห็นบุคลากรของโรงพยาบาลทราบว่าควรเร่งดำเนินการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งสะท้อนให้เห็นว่าผลของการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการประสบความสำเร็จโดยสามารถลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ ซึ่งการเฝ้า

ระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลเป็นการติดตามสังเกตการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะการเกิดการกระจายของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งนี้การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จะต้องทำโดยพยาบาล หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมในเรื่องนี้มาโดยตรง แต่เนื่องจากในปัจจุบันพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Nurse : ICN) มีจำนวนไม่พอในการดำเนินงานทำให้ ICN ต้องปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้านอื่นๆ อีกหลายด้าน เช่น เป็นที่ปรึกษา และเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ และเป็นนักวิจัย ดังนั้นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงได้จัดให้มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse : ICWN) เป็นผู้ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วย หรือให้ข้อมูลแก่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย แต่เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับภาระหน้าที่ เวลา และความสามารถที่แตกต่างกันของ ICWN แต่ละคนทำให้ไม่สามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้เต็มที่ จึงจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN

จากการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN ที่ผ่านมามีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนด โดยเป้าหมาย ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 จากการนิเทศ พุดคุย สอบถาม ICWN และผู้เกี่ยวข้องสาเหตุที่ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN ต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากการนิเทศติดตามของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำสายงาน ICN เรื่อง การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการป้องกันเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาไม่เจาะจง ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของหัวหน้าตึก/หัวหน้างานในการนิเทศติดตาม บางหน่วยงานยังมีน้อย การเปลี่ยนผู้ทำหน้าที่ ICWN และ ICWN ที่ปฏิบัติงานใหม่ ประมาณ ร้อยละ 50 ที่ปฏิบัติงานยังไม่ถึง 3 ปี ประสิทธิภาพน้อย ไม่เป็นไปตาม

เกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่ง ICWN ส่วนใหญ่ บอกว่าไม่ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในหน่วยงาน จะเห็นได้จากการปฏิบัติไม่ได้ตามมาตรฐาน พบปัญหาเดิมๆ ซ้ำๆ บางส่วนให้ข้อมูลว่าไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการแยกใช้กับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา การจัดประชุม ICWN ประจำเดือนแต่ละครั้ง ไม่มีประเด็นใหม่ๆ ICWN บางคนเข้าร่วมประชุมไม่ได้เนื่องจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเวรผลัด และการจัดประชุมตรงกับเวรหยุดไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ สาเหตุเหล่านี้ ส่งผลให้ข้อมูลการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ ร่วมกับข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการตามกรอบแนวคิด CIPP ประกอบด้วย สภาพแวดล้อม (Context) ปัจจัยเบื้องต้น (Input) กระบวนการ (Process) และการประเมินผลผลิต (Product) พบว่า ปัจจัยเบื้องต้นด้าน ICWN ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในหน่วยงาน ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดำเนินงาน โดยข้อมูลการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ปี 2561 เท่ากับร้อยละ 78.26 ซึ่งเกณฑ์ชี้วัด ต้องมากกว่าร้อยละ 90 และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 50 ปฏิบัติหน้าที่ ยังไม่ถึง 3 ปี ซึ่งประสบการณ์ด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังน้อย ส่งผลให้การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนการประเมินด้านผลผลิตพบว่า อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดย ปีงบประมาณ 2561, 2562 และ 2563 (เดือนตุลาคม – มีนาคม 2563) เท่ากับ 0.38, 0.66 และ 0.77 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล ตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าพัฒนาประสิทธิภาพการวินิจฉัยและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องแบบบูรณาการ จะเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้อย่างรวดเร็วส่งผลให้ลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้แต่ยังไม่เคยมี

การศึกษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประเด็นดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหา สภาพการณ์ และประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาแบบบูรณาการของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ร่วมด้วยโดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยจำนวน 66 คน จาก 46 หอผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 8 เดือนโดยมีการศึกษาปัญหา สภาพการณ์ การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญ และความจำเป็นในการพัฒนาประสิทธิภาพการ เฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของ ICWN ขนาดของปัญหาในด้านประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง และตรวจสอบเอกสาร ตลอดจนสอบถามผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องในเรื่อง ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการในโรงพยาบาล เลือกสถานที่ที่ใช้ในการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลือกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา คือ ICWN ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษา ครั้งนี้ทำการเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่เป็น ICWN

ในหอผู้ป่วย จำนวน 66 คน จาก 46 หน่วยงาน ดำเนินการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไปและความต้องการรับการพัฒนาความรู้ 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ทดสอบความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่ 3 ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาประกอบด้วย หัวหน้าสำนักงานวิจัย 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 ท่าน และแพทย์ 1 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือได้ปรับแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้เหมาะสมกับเนื้อหา และเวลาที่ใช้ในการทำแบบประเมิน ได้ปรับจำนวนข้อสอบเหลือ 20 ข้อ หลังจากนั้นได้ส่งเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำมาใช้ประเมินสมรรถนะความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN ในเดือนตุลาคม 2563

ระยะที่ 2 การดำเนินการ

ขึ้นดำเนินการใช้เวลา 14 เดือน โดยดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพแบบบูรณาการด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 รุ่น รุ่นที่ 1 วันที่ 20 มิถุนายน 2562 เรื่อง การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพแบบบูรณาการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด “Integrated Fighting AMR by U & Team” โดยวิทยากรในโรงพยาบาล เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์ และแปลผลเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ร่วมกับจัดฐานเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล จำนวน 193 คน โดยมีการประเมินความรู้ของผู้เข้าประชุม ก่อนและหลังการประชุม รุ่นที่ 2 วันที่ 26 กรกฎาคม 2563 โดยวิทยากรภายนอกโรงพยาบาล และภายในโรงพยาบาล เป็นการ

บรรยาย หัวข้อ “Antimicrobial Stewardship; Escalate & de-escalate” กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรสหวิชาชีพทุกระดับในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 209 คน

ขั้นตอนที่ 2 ติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของ ICWN หลังเสร็จสิ้นการประชุมร่วมกับทีมกลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เดือนละ 2 ครั้ง ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 – มกราคม 2563 สัปดาห์ อัตรารุก และประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของ ICWN หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ และหลังการพัฒนาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาแบบบูรณาการ วันที่ 8 สิงหาคม 2562

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาแบบบูรณาการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวข้อ “AMR Sharing : Integrated Service Plan Sepsis & AMR” ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2563 โดยวิทยากรภายนอกโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากร สหวิชาชีพทุกระดับในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 192 คน

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์อัตรารุก และประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของ ICWN ในวันที่ 23 สิงหาคม 2563 ร่วมกับประเมินสมรรถนะความรู้ของ ICWN เรื่อง การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล นำเสนอผลการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และผลการประเมินสมรรถนะความรู้ของ ICWN ต่อคณะกรรมการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการทำ Point

Prevalence Survey ร่วมกับประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรงพยาบาล ประเมินความรู้ ของ ICWN รายบุคคล เรื่องการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ดื้อยาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะความรู้ที่พัฒนาขึ้น และได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนน และแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีการปฏิบัติตามแผน มาร่วมวิเคราะห์ สรุป รายงาน เสนอผู้บริหาร

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัย เลขที่ RE075/2563 และดำเนินการตามหลักจริยธรรมดังกล่าว ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจริยธรรมโดยเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะใช้รูปแบบของรหัส และจะรักษาความลับโดยไม่นำข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสาธารณชนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น หลักฐาน หรือเอกสารทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเมื่อทำการวิจัยเสร็จ ได้ทำลายเอกสารทิ้งทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากร พบว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เป็นเพศหญิง (96.97%) อายุเฉลี่ย 34.71 ปี สถานภาพโสด (53.03%) การศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าร้อยละ 100 ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อหลักสูตร 16 สัปดาห์ 1 คน ผ่านการอบรมการพยาบาลพื้นฐานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลักสูตร 10 วัน 7 คน

2. ปัญหา สภาพการณ์ ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

2.1 สรุปปัญหา สภาพการณ์ ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง ตรวจสอบเอกสาร และสอบถามผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า พยาบาลทุกคนในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง โดยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในแบบบันทึก Targeted Surveillance และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse: ICWN) เป็นผู้รวบรวมข้อมูลการติดเชื้อในหอผู้ป่วย และใช้คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นแนวทางอ้างอิงในการวินิจฉัยการติดเชื้อเบื้องต้น และส่งรายงานให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำสายงาน ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อให้หน่วยงานรับทราบ ผลการดำเนินงานพบว่า บางหน่วยงาน ส่งสรุปรายงานการเฝ้าระวังไม่ทันเวลา การบันทึกข้อมูลในแบบเฝ้าระวังไม่ครบถ้วน การวินิจฉัยการติดเชื้อไม่ถูกต้อง ผลการประเมินสมรรถนะความรู้ของ ICWN เรื่อง การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สรุปภาพรวม ผ่านเกณฑ์ (80.61%) ความรู้ เรื่อง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ (84.85%) ส่วนความรู้ เรื่อง การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล (76.36%) ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

ผลการประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ ICWN ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 45 หน่วยงาน ก่อนการพัฒนาไม่ผ่านเกณฑ์ (78.26%) หลังการพัฒนาปี พ.ศ. 2562 จำนวน 46 หน่วยงาน (90%) ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 46 หน่วยงาน (100%) ซึ่งผ่านเกณฑ์ (90%) และพบว่า การให้ความรู้ และกระตุ้นติดตาม โดย ICN ที่รับผิดชอบตามสายงาน ร่วมกับการจัดโครงการพัฒนาระบบการจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพแบบบูรณาการ ส่งผลให้ ICWN ได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

2.2 ด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยงานจุลชีววิทยาคลินิกรายงานผลการตรวจเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจผ่านกลุ่มไลน์ ชื่อ “MDR High Risk System” เพื่อให้ ICN ประจำสายงาน แจ้งข้อมูลไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือ ICWN เพื่อแจ้งบุคลากรในหน่วยงาน ดำเนินการปฏิบัติตามมาตรการ “6 MDR Checklist” หลังจากนั้น ICN ประจำสายงาน จะลงติดตาม ให้คำแนะนำที่หน่วยงาน รวบรวมวิเคราะห์ เสนอปัญหาอุปสรรค ต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาต่อไป ผลการดำเนินงานพบว่า บางหน่วยงาน การมีส่วนร่วมในการนิเทศติดตามของหัวหน้าหน่วยงานยังมีน้อย การเปลี่ยน ICWN ที่มีประสบการณ์ทำงานยังไม่ถึง 3 ปี ไม่ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในหน่วยงาน การปฏิบัติงานเวอร์ผลัดของ ICWN ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมติดตามงานได้ทุกครั้ง และการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายยังไม่เพียงพอ

2.3 ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดย ปีงบประมาณ 2561, 2562 และ 2563 (เดือนตุลาคม – มีนาคม 2563) เท่ากับ 0.38, 0.66 และ 0.77 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล ตามลำดับ ส่วนผลสำรวจอัตราชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนา ปี 2561 ร้อยละ 0.83 ระหว่างการพัฒนาปี 2562 ร้อยละ 1.82 และหลังการพัฒนาปี 2563 ร้อยละ 1.81 พบการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 เชื้อดื้อยาที่พบส่วนใหญ่ เป็น *Pseudomonas aeruginosa* และ *Acinetobacter baumannii* โดยพบสูงที่สุดในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ

วิจารณ์

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับ การวินิจฉัยและเฝ้าระวังการ ติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลแก่ ICWN รวมทั้งการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ ICWN สามารถดำเนินงานตาม บทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการ ศึกษาของกัลยพัทธ์ นิยมวิทย์⁵ ได้ศึกษาสมรรถนะพยาบาล

วิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ควบคุมกำกับบุคลากรให้ ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ได้แก่ การวินิจฉัย การติดเชื้อ การบันทึกและเฝ้าระวังการติดเชื้อ เมื่อ ICWN ได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งนี้ ICWN ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง กำหนด และต้องได้รับการพัฒนาสอดคล้องกับแผนพัฒนา โรงพยาบาล และเกณฑ์ชี้วัดการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศด้าน บริการร่วมด้วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดนโยบาย และ แผนพัฒนาด้านการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพแบบ บูรณาการ เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การจัดการปัญหา การดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560 – 2564 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน สถานพยาบาล และควบคุมกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่าง เหมาะสม โดยหลักการสำคัญ ต้องบูรณาการทุกฝ่ายใน โรงพยาบาล ภาวะผู้นำ และการตั้งเป้าหมายของโรง พยาบาล ซึ่งการนำสู่การปฏิบัติตามนโยบาย ต้องมีการ พัฒนาสมรรถนะของทีมสหวิชาชีพหลักที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้าน จุลชีววิทยา พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) โดยการส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อดื้อยาให้ครบถ้วน ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนความรู้ การประเมินผล และให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล และอุปกรณ์การแพทย์ และการรณรงค์ การทำความสะอาดมือ ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ ปิยะฉัตร เศษศิริและคณะ⁶ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพด้านผู้ป่วย และด้านการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพใน โรงพยาบาลต่อไป

การศึกษารัชนี อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

ไม่ลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดำเนินงานในบทบาทของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยังไม่เกิดการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาต่อไป โดยกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสหวิชาชีพ มีแผนงานติดตามนิเทศผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ด้านความรู้ ทักษะและเสริมพลังในการทำงาน รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพให้เพียงพอรวมทั้งปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องควรได้พัฒนาความรู้และทักษะให้แก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนาน และใช้ยาต้านจุลชีพไม่สมเหตุผล ในหอผู้ป่วยที่สถานที่แออัด ไม่มีห้องแยกโรค และเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และควรติดตามประเมินผลผลการดูแลผู้ป่วยหลังการพัฒนาในแต่ละด้าน เพื่อประเมินสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และขอขอบพระคุณสำนักงานวิจัยโรงพยาบาล

ร้อยเอ็ดที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ภาณุมาศ ภูมาศ, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ภูษิต ประครองสาย, ดวงรัตน์ โพธิ์, อาทร รวีไพบูลย์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย : การศึกษาเบื้องต้น. Health and Economic Impacts of Antimicrobial Resistant Infections in Thailand : A Preliminary Study [Internet] ; 2012 [cited 2020 Nov 18]. Available from : <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3699>
2. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST). สถานการณ์เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ; . [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://narst.dmsc.moph.go.th/antibiograms.html>
3. Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. Am J Infect Control 2010 ; 38(2) : 95-104.e2.
4. Dejsirilert S, Suankratay C, Trakulsomboon S, Thongmali O, Sawanpanyalert P, Aswapokee N, et al. National Antimicrobial Resistance Surveillance, Thailand (NARST) data among clinical isolates of Pseudomonas aeruginosa in Thailand from 2000 to 2005. J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet 2009 ; 92 Suppl 4 : S68-75.
5. กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์, กัญญาดา ประจุศิลป์. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2015 ; 7(1) : 153-65.
6. ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื้อ อุนนทเลกษะ, นงเยาว์ เกษตรภิบาล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. พยาบาลสาร 2015 ; 42(3) : 119-34.

สถานการณ์และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีสมเด็จ อำเภอสรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด Situation and Treatment Guideline of Depression in Diabetic and Hypertension Patients in Srisomdet Hospital Roi-Et Province

อัครารุจ ใจหาญ*

Asarawut Jaihan

Corresponding author : Email : Asarawut.jaihan@gmail.com

(Received : March 2, 2021 ; Revised : March 10, 2021 ; Accepted : April 9, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 385 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ธันวาคม
2563 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินการ
ฆ่าตัวตาย 8 คำถามจากกรมสุขภาพจิต และบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม Hos-xp และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละและ
ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 385 คน พบว่า เกิดภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าจำนวน 14 คน (3.64%) ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง จำนวน 9 คน (64.29%) มีโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 7-12 (64.29%) และไม่พบมีความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การคัดกรอง การประเมิน 2Q, 9Q, 8Q และการวินิจฉัยและรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับการ
รักษาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า ; แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ABSTRACT

Purpose : To determine current a situations and develop guidelines for caring for patients with depression on Type 2 diabetes mellitus and hypertension.

Study design : Cross-sectional descriptive study

Materials and Methods : A total of 385 people who came for service from all population in Srisomdet Hospital, Roi-Et from 1 December 2020 to 31 December 2020. The method used the questionnaire to screening and assessment from the Thai Department of Disease control , the questionnaire are the screening of depression form (2Q) , the assessment of depression form (9Q) and the preventive of suicide in depression patient (8Q) and recorded data to Hos-xp program Analyse the quantitative data by using percentage and mean.

Main findings : The total of 385 participants were at risk of depression 14 (3.64%), the most depression were the females 9 (64.29%).The results of the 9Q assessment showed the most of them had mild depression and the most have score between 7-12 score (64.29%) and no risk of severe depression.

Conclusion and recommendations : Guidelines for care of depression patients suffering from this research will help patients access and treated more efficiently.

Keywords : Depression disorder ; Treatment guideline of depression

บทนำ

โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ไม่สามารถ ที่จะรักษาและควบคุมโรคให้ดีขึ้น หรือเกิดการรักษาที่ล้มเหลว เนื่องจากผู้ป่วยเกิดภาวะหมดกำลังใจและเบื่อหน่ายในการรักษาด้วยระยะเวลาที่ยาวนานตลอดชีวิต¹ โดยเกิดความท้อแท้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงนำมาซึ่งการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโรค เช่น การไม่รับประทานยาตามที่กำหนด การไม่ออกกำลังกาย ไม่ควบคุมน้ำหนักตัว และการไม่ควบคุมอาหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เกิดจากสาเหตุทางด้านภาวะจิตใจ ที่เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า

อย่างไรก็ตามโรคซึมเศร้า ถือว่าเป็นโรคที่เกิดจากจิตใจ และส่งผลต่อการกระทำและการนึกคิด ทำให้เกิดภาวะที่ทำให้จิตใจหดหู่ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย ตัวตนไร้ค่า¹ ซึ่งหากผู้ป่วยมีภาวะเป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคติดต่อไม่เรื้อรังนั้น ก็จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่มากขึ้น และเกิดผลเสียต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา

ปัญหาของโรคซึมเศร้าจากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2560 พบว่าปัญหาโรคซึมเศร้าคิดเป็น 44% ของประชากรโลกทั้งหมด 322 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น จากสถิติปี พ.ศ.2551 เป็นต้นมา โดยปัจจุบันพบคนไทยกว่า 4.4% ที่ป่วยเป็น โรคซึมเศร้า และโรคซึมเศร้านี้ส่งผลกระทบให้เกิดการฆ่าตัวตายมากขึ้น² เช่นเดียวกับผลการสำรวจสถานการณ์ของโรคซึมเศร้าในโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มา รักษาในโรงพยาบาลละหานทราย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ มีอาการภาวะซึมเศร้า³ 4.3% สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา ที่พบโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁴ 6.95% นอกจากนั้นในการศึกษาอื่น ๆ พบว่า โรคซึมเศร้านั้นมักเกิดในผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า พบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า⁴ 7.86% ซึ่งใน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มักเป็นผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดการรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ให้บริการจริงจำนวน 39 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะได้เกิดกระบวนการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อที่ไม่เรื้อรังให้เข้าสู่ระบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างรวดเร็ว และเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในการรักษาและควบคุมโรคที่ล้มเหลว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจที่ห่างจากโรคซึมเศร้า ตลอดจนเป็นการลดต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น หากมีการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาสถานการณ์และการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและเป็นการพัฒนางานด้านจิตเวชชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 9,652 คน ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีการคำนวณขนาดของตัวอย่างใช้สูตรสัดส่วนพบว่า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษาวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้ขึ้นทะเบียนและรักษาในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถสื่อสารและโต้ตอบได้ดี
3. ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยินดีและสมัครใจในการให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดเลือกรออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางจิต
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารและโต้ตอบได้ และไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

บันทึกการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกข้อมูลการศึกษานี้ ดังนี้

1. การบันทึกการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2557 ซึ่งมีลักษณะของแบบสอบถาม คือ

1.1 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ประกอบด้วย 2 คำถาม เป็นการค้นหาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์ ซึ่งมีลักษณะคำถาม คือ สอบถามภาวะอาการเบื่อ เศร้า สิ้นหวัง หดหู่ ซึ่งหากคำตอบในข้อใดข้อหนึ่งเป็น “มี” จะต้องทำการประเมินต่อด้วยแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า (9Q)

1.2 แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (9Q) ประกอบด้วย 9 คำถาม เป็นการวินิจฉัยและประเมินจำแนกความรุนแรง เป็นการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์ โดยมีลักษณะคำถามเพื่อค้นหาอาการป่วยว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด มีตัวเลือก 4 ข้อ คือ ไม่มีเลย เท่ากับ 0 คะแนน มีเป็นบางวัน เท่ากับ 1 คะแนน เป็นบ่อย เท่ากับ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2557 ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน

หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า

คะแนนน้อยกว่า 7 – 12 คะแนน

หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย

คะแนนน้อยกว่า 13 – 18 คะแนน

หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป

หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ประกอบด้วย

8 คำถาม โดยสอบถามอาการในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา มีลักษณะคำถามเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง การคิดและวางแผนฆ่าตัวตาย ใช้ในการประเมินการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยที่ประเมินอาการโรคซึมเศร้า (9Q) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป โดยมีเกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2557 ดังนี้

คะแนน 0 คะแนน

หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า

คะแนน 1 – 8 คะแนน

หมายถึง มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเล็กน้อย

คะแนน 9 – 16 คะแนน

หมายถึง มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป

หมายถึง มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง

2. การสร้างแนวทางในการดำเนินงานเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการวางนโยบายในการดำเนินงานการรักษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล โดยการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วย

ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในฐานข้อมูลโปรแกรม Hos-xp ของอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 9,652 คน และคัดเลือกตัวอย่าง ที่ทำการศึกษานี้จำนวน 385 คน ระหว่างวันที่ 1 – 31 ธันวาคม 2563 มีการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานและคลินิกความดันโลหิตสูงทุกวันอังคารและวันศุกร์ โดยใช้การประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรอง 2Q, 9Q และ 8Q โดยทำการสุ่มตัวอย่างเลือกคนไข้ที่ได้รับการบริการ 1 คน เว้น 1 คน จนครบ 385 คน และวางแผนทางในการดำเนินการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงระบบ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาหาสถานการณ์ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน ได้รับความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ทุกคน โดยผลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในด้านข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.25%) อายุอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี (35.32%) สถานภาพแต่งงานแล้ว (83.90%) สืบทอดผู้สูงอายุ (ไม่เสียค่าธรรมนิยม) (39.22%) และประกอบอาชีพทำนาและเกษตรกรรม (88.05%) ไม่มีโรคร่วม (58.96%) พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร (n=385)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	126(32.73)
หญิง	259(67.27)
อายุ	
<30 ปี	3(0.78)
30-40 ปี	4(1.04)
41-50 ปี	45(11.69)
51-60 ปี	101(26.23)
61-70 ปี	136(35.32)
71-80 ปี	78(20.26)
>80 ปี	18(4.68)
สถานภาพ	
แต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน	323(83.90)
โสด	55(14.29)
หม้าย	2(0.52)
สมณะ	5(1.30)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
สิทธิบัตรทอง (เสียค่าธรรมเนียม)	41(10.65)
สิทธิบัตรทอง (ไม่เสียค่าธรรมเนียมนอกเขต)	4(1.04)
บัตรผู้สูงอายุ (ไม่เสียค่าธรรมเนียม)	151(39.22)
บัตรผู้มีรายได้น้อย (ไม่เสียค่าธรรมเนียม)	26(6.75)
สิทธิ อสม.และครอบครัว (ไม่เสียค่าธรรมเนียม)	52(13.51)
สิทธิผู้นำชุมชนและครอบครัว (ไม่เสียค่าธรรมเนียม)	5(1.30)
บัตรผู้พิการ (ไม่เสียค่าธรรมเนียม)	21(5.45)
บัตรทหารผ่านศึก (ไม่เสียค่าธรรมเนียม)	1(0.26)
สิทธิพระภิกษุสามเณร (ไม่เสียค่าธรรมเนียม)	4(1.04)
สิทธิบัตรประกันสังคม	5(1.30)
สิทธิข้าราชการ	75(19.48)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร (n=385)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (%)
อาชีพ	
ทำนาและเกษตรกรรม	339(88.05)
ค้าขาย	3(0.78)
รับราชการ	19(4.94)
รับจ้างทั่วไป	7(1.82)
ไม่ได้ทำงาน	13(3.38)
อื่น ๆ ได้แก่ พระภิกษุ สามเณร แม่ชี	4(1.04)
ประเภทผู้ป่วยตามคลินิก	
คลินิกเบาหวาน	237(61.56)
คลินิกความดันโลหิตสูง	148(38.44)
โรคร่วมที่เป็น	158(41.04)
โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	2(1.27)
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	4(2.53)
โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตเรื้อรัง	1(0.63)
โรคความดันโลหิตสูง	89(56.33)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง	5(3.16)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง	4(2.53)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง	22(13.92)
โรคไตเรื้อรัง	9(5.70)
โรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจ	1(0.63)
โรคเบาหวาน	1(0.63)
โรคเอดส์	4(2.53)
โรคมะเร็ง	1(0.63)
โรคไตเรื้อรัง	10(6.33)
โรคหัวใจ	4(2.53)
โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง	1(0.63)
ไม่มีโรคร่วม	227(58.96)

ลักษณะประชากร

ผลการศึกษาเพื่อหาสถานการณ์ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 385 คน พบภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็น หญิง (64.29%) ช่วงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า คือช่วงอายุ 61-70 ปี (50.00%) มีสถานภาพแต่งงาน (92.86%) โดยผู้ป่วยกลุ่มภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้านั้น

มีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิข้าราชการ (42.86%) กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าประกอบอาชีพทำนาและเกษตรกรรม (64.29%) ผู้ป่วยภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้านี้จัดเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน (85.71%) และในคลินิกความดันโลหิตสูง (14.29%) โดยมีโรคร่วม (64.29%) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ราย โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง 4 รายและโรคเอดส์ 1 ราย ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร(n=14)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	5(35.71)
หญิง	9(64.29)
อายุ	
51-60 ปี	5(35.71)
61-70 ปี	7(50.00)
71-80 ปี	1(7.14)
>80 ปี	1(7.14)
สถานภาพ	
แต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน	13(92.86)
สมณะ	1(7.14)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
สิทธิบัตรทอง (เสียค่าธรรมเนียมน)	1(7.14)
บัตรผู้สูงอายุ (ไม่เสียค่าธรรมเนียมน)	2(14.29)
สิทธิ อสม.และครอบครัว (ไม่เสียค่าธรรมเนียมน)	2(14.29)
บัตรผู้พิการ (ไม่เสียค่าธรรมเนียมน)	1(7.14)
สิทธิพระภิกษุสามเณร (ไม่เสียค่าธรรมเนียมน)	1(7.14)
สิทธิบัตรประกันสังคม	1(7.14)
สิทธิข้าราชการ	6(42.86)
อาชีพ	
ทำนาและเกษตรกรรม	9(64.29)
รับราชการ	3(21.43)

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของลักษณะประชากร (n=14)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (%)
ไม่ได้ทำงาน	1(7.14)
อื่น ๆ ได้แก่ พระภิกษุ สามเณร แม่ชี	1(7.14)
ประเภทผู้ป่วยตามคลินิก	
คลินิกเบาหวาน	12(85.71)
คลินิกความดันโลหิตสูง	2(14.29)
โรคร่วมที่เป็น	
โรคความดันโลหิตสูง	9(64.29)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง	4(44.44)
โรคเอดส์	4(44.44)
โรคเอดส์	1(11.11)
ไม่มีโรคร่วม	5(35.71)

ผลการประเมิน 2Q

ผลการประเมินโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยแบบประเมิน 2Q จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 385 คน พบว่ามีผู้ป่วย กลุ่มนี้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า โดยตอบแบบ

ประเมิน 2Q ที่ประกอบไปด้วยคำถาม 2 ข้อ โดยตอบใช่ในข้อใดข้อหนึ่ง จำนวน 14 ราย (3.64%) และไม่พบภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า โดยคำตอบไม่ใช่ทุกข้อ จำนวน 371 คน (96.36%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผลการประเมินด้วยแบบประเมิน 2Q (n=385)

ผลการประเมิน 2Q	จำนวน (%)
เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (ตอบใช่ในข้อใดข้อหนึ่ง)	14(3.64)
ไม่เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (ตอบไม่ใช่ทุกข้อ)	371(96.36)

ผลการประเมิน 9Q

ผลการประเมินโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยแบบประเมิน 9Q ดังแสดงในตารางที่ 4 โดยการประเมิน 9Q นั้น จะทำการประเมินเมื่อตอบแบบประเมิน 2Q ใช่ในข้อใดข้อหนึ่ง โดยการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบประเมิน

2Q ใช่ในข้อใด ข้อหนึ่งจำนวน 14 คน โดยผลการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคซึมเศวาระดับน้อย โดยผลการตอบแบบประเมิน 9Q อยู่ระหว่าง 7-12 คะแนน (64.29%) และมีโรคซึมเศวาระดับปานกลางคะแนนอยู่ระหว่าง 13-18 คะแนน (35.71%) โดยไม่พบภาวะเสี่ยงโรคซึมเศวาระดับรุนแรง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผลการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q (n=14)

ผลการประเมิน 9Q	จำนวน (%)
ไม่มีโรคซึมเศร้า (คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน)	0(0.00)
มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย (คะแนน 7-12 คะแนน)	9(64.29)
มีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 13-18 คะแนน)	5(35.71)
มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนนมากกว่า 18)	0(0.00)

ผลการประเมิน 8Q

ผลการประเมินโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่า

ผู้ป่วยที่ประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q และมีคะแนนมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป มีจำนวน 10 คน ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 คน (100%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผลการประเมิน ด้วยแบบประเมิน 8Q (n=10)

ผลการประเมิน 9Q	จำนวน (%)
ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (0 คะแนน)	10 (100)
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเล็กน้อย (คะแนน 1- 8 คะแนน)	0 (0.00)
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายปานกลาง (คะแนน 9 -16 คะแนน)	0 (0.00)
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายรุนแรง (คะแนนมากกว่า 17)	0 (0.00)

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้จัดทำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยวางแผนการดำเนินงาน ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง กระบวนการวินิจฉัย กระบวนการรักษา และกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้วิธีการประชุมร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ และจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะทำการคัดกรองโดยพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลจุดคัดกรอง ณ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ โดยจะทำการคัดกรองผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า คือ ผู้ที่มาใช้บริการอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จโดยมีอาการซึมเศร้าที่ชัดเจน และผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยที่มีปัญหาติดสุราและยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่ต้องประสบกับความสูญเสียที่รุนแรง เช่น การหย่าขาดในชีวิตคู่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักกะทันหัน

2. เริ่มต้นทำการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q จากกรมสุขภาพจิต โดยทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Hos-xp หรือเอกสารที่ให้ไว้ หากผู้ป่วยตอบแบบประเมินไม่ทั้ง 2 ข้อ ถือว่าไม่พบโรคซึมเศร้า หากผู้ป่วยตอบแบบประเมิน 2Q ไข้อย่างน้อย 1 ข้อ ให้ทำการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ต่อ เพื่อเป็นการชี้เฉพาะลงไปถึงความรุนแรงที่เกิดภาวะโรคซึมเศร้า

3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q จากกรมสุขภาพจิต โดยบันทึกข้อมูลลงใน โปรแกรม

Hos-xp หากคำตอบจากผู้ป่วยที่ได้มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน ถือว่าไม่พบโรคซึมเศร้า และหากคำตอบของผู้ป่วยมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ทำการคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q ทุกครั้งก่อนส่งพบแพทย์หรือพยาบาลจิตเวช

4. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย แบบประเมิน 8Q โดยบันทึก

ข้อมูลลงในโปรแกรม Hos-xp หากคำตอบจากผู้ป่วยที่ได้มีคะแนนระหว่าง 1-8 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงน้อย หากคำตอบจากผู้ป่วยที่ได้มีคะแนนระหว่าง 9-16 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงปานกลาง และหากคำตอบจากผู้ป่วยที่ได้มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 ถือว่ามีความเสี่ยงสูง และส่งข้อมูลให้แพทย์วินิจฉัย โดยแพทย์จะพิจารณาการประเมิน 8Q ร่วมกับการประเมิน 9Q และร่วมกับเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM IV-TR เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและยืนยันการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น MDD (Major Depressive Disorder) หรือไม่

5. หากผลการวินิจฉัยไม่ใช่ MDD (Major Depressive Disorder) ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ

- ภาวะ Dysfunction and distress เป็นโรคทางกายที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เนื้องอกในสมอง Parkinson และโรคจากระบบต่อมไร้ท่อ เช่น Hypothyroidism, SLE, Cushing syndrome เป็นต้น

- ภาวะที่เกิดจาก Normal Bereavement คือ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ต้องปรับตัวผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ เช่น ตกงาน หย่าร้าง

- ภาวะ Medical conditions คือยาหรือสารเคมีที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ Reserpine , Glucocorticoid Anabolic steroids หรือภาวะที่เกิดจากการหยุดเสพสารแอมเฟตามีน หรือโคเคน เป็นต้น

- ภาวะ Bipolar disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยจะมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนไปมา ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (MDD : Major Depressive Disorder) สลับกับการที่มีอารมณ์ดีมากกว่าปกติ (Mania หรือ Hypomania) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงจะเป็นอยู่ยาวนาน

หลายสัปดาห์ หรือหลายๆ เดือนก็ได้

โดยการรักษหากผลการวินิจฉัยไม่ใช่ MDD (Major Depressive Disorder) หากเกิดจากสภาวะ Dysfunction and distress และภาวะ Normal Bereavement จะทำการรักษาโดยให้คำปรึกษา และทำการติดตามเฝ้าระวังด้วยการประเมิน 9Q ทุก 2-4 สัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน หากเกิดจากสภาวะ Medical conditions ให้ทำการบำบัดรักษาโรคที่เป็นสาเหตุหรือทำการส่งต่อ และหากเกิดภาวะ Bipolar disorder ให้ทำการให้ความรู้เรื่องโรค และส่งต่อรักษาไปยังจิตแพทย์ต่อไป

6. หากผลการวินิจฉัยเป็น MDD (Major Depressive Disorder) ให้ทำการลงรหัสโรค MDD ตามระดับความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำ และเริ่มให้การรักษาดังต่อไปนี้

- เริ่มต้นการรักษาด้วยยา Fluoxetine 20 mg รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า หรือยา Amitriptyline 25 mg รับประทาน 2 เม็ด ก่อนนอน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

- ทำการประเมิน 9Q เมื่อรักษาครบ 2 สัปดาห์ หากผลการประเมิน 9Q มีค่าเพิ่มขึ้นหรือผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ ได้แก่ ผลข้างเคียงจากยา Fluoxetine อาจทำให้เกิดอาการปากแห้ง (Dryness), วิงเวียน ตาลาย (Dizziness) คลื่นไส้ (Nausea) ง่วงนอนและปวดศีรษะ ผลข้างเคียงจากยา Amitriptyline อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม วิงเวียน เดินเซ (Postural hypotension) ปากแห้ง คอแห้ง ซึ่งในการรักษาให้ทำการส่งต่อเพื่อรักษาต่อไป

- หากทำการประเมิน 9Q เมื่อรักษาครบ 2 สัปดาห์ หากผลการประเมิน 9Q มีค่าเท่าเดิมหรือลดลง ให้รักษาด้วยยา Fluoxetine 20 mg รับประทาน 1 เม็ดหลังอาหารเช้า หรือยา Amitriptyline 25 mg รับประทาน 3 เม็ด ก่อนนอน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

- เมื่อรักษาครบ 4 สัปดาห์แล้ว ให้ทำการประเมิน 9Q หากผู้ป่วยไม่ดีขึ้น (No response) ให้ทำการส่งต่อจิตแพทย์ต่อไป หากผู้ป่วยดีขึ้นบ้าง (Partial response) ให้ทำการปรับเพิ่มยา Fluoxetine 20 mg รับประทาน 2 เม็ด หลังอาหารเช้า หรือ Amitriptyline 25 mg รับประทาน 4 เม็ดก่อนนอน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หากยังไม่ดีขึ้น ให้ทำการส่งต่อรักษากับจิตแพทย์ต่อไป หากผลการประเมิน

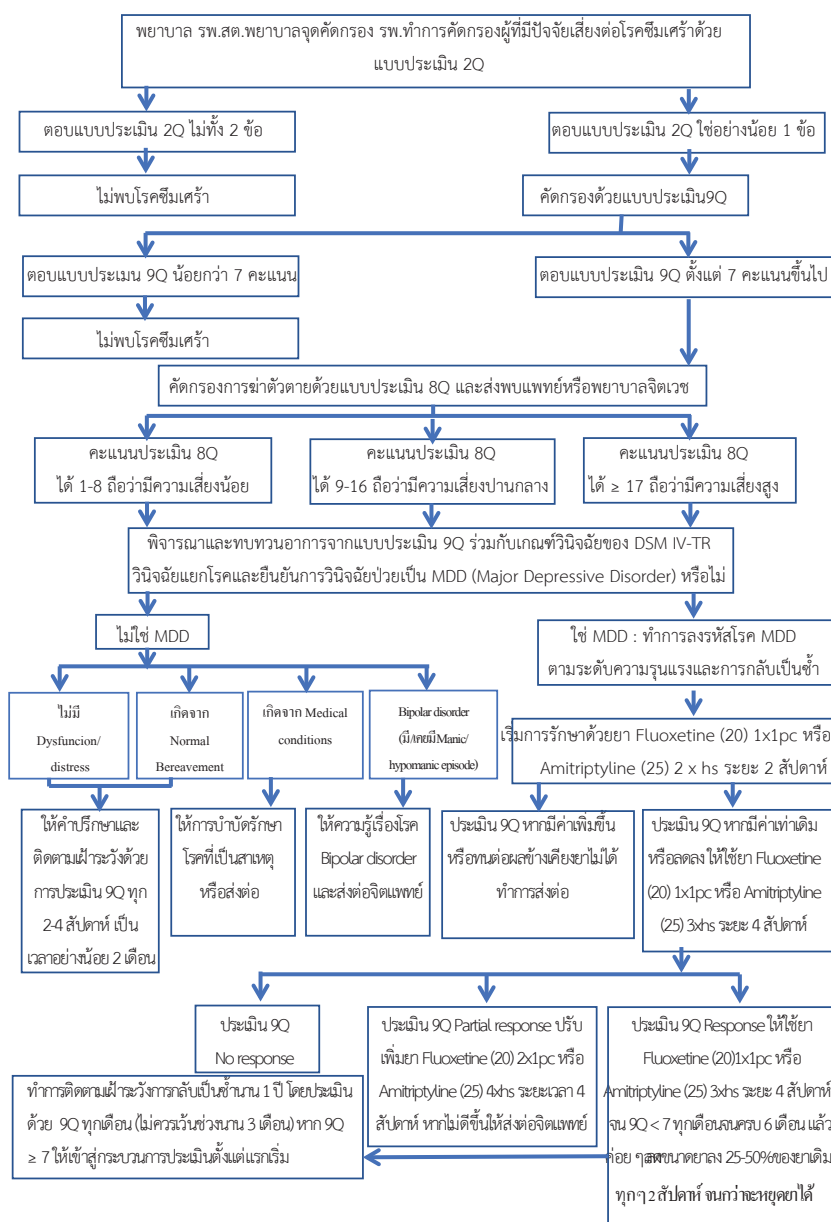
9Q ผู้ป่วยดีขึ้น (Response) ให้ใช้ยาต่อเนื่องคือ Fluoxetine 20 mg รับประทาน 1 เม็ดหลังอาหารเช้าหรือ Amitriptyline 25 mg 3 เม็ดก่อนนอน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และทำการนัดผู้ป่วยทุกเดือน ทำการประเมิน 9Q ทุกเดือน หากผลการประเมิน 9Q น้อยกว่า 7 ต่อเนื่องกัน 6 เดือนให้ทำการลดขนาดยาลงร้อยละ 25-50 ของขนาดยาเดิม โดยทำการลดขนาดยาทุก 2 สัปดาห์ จนกว่าจะ

หยุดยาได้ หากยาเป็นเม็ดแคปซูล แนะนำให้ยาวันเว้นวัน
- ทำการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโดยทำการประเมิน 9Q ซ้ำทุกเดือน ต่อเนื่องนาน 1 ปี ซึ่งไม่ควรเว้นช่วงนานเกิน 3 เดือน หากผลการประเมิน 9Q มากกว่า 7 ให้เข้าสู่กระบวนการประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม

วิจารณ์

สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด



และความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 385 คน เสียต่อโรคซึมเศร้า (3.64%) ซึ่งผลการศึกษายังต่ำกว่าการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของการศึกษาหลาย ๆ เรื่องที่มีค่าความชุกอยู่ที่ประมาณ (10%) ขึ้นไป ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุของขนาดกลุ่มตัวอย่าง การเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์¹ ที่พบว่าการมีปัญหาโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และการมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมยิ่งเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการมีโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณพิไล วิริยะและคณะ³ ที่พบว่าโรคซึมเศร้าเกิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการรักษาโรคด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดความเบื่อ ท้อแท้ ไม่สบายใจกับโรคที่เป็นอยู่ นำมาซึ่งการนอนไม่หลับ การรักษาโรคไม่ดีขึ้น และพบภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (64.29%) พบในวัยผู้สูงอายุที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีมากกว่าวัยอื่นๆ (50.0%) แสดงให้เห็นว่าในผู้สูงอายุจะพบภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์¹ ของพรรณพิไลวิริยะและคณะ³ ของจุลารักษ์ เทพกลาง⁴ และของนภา พวงรอด⁵ และสรร กลั่นวิจิตและคณะ⁷ โดยผลการศึกษาโรคซึมเศร้าที่พบในกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพแต่งงานอยู่ด้วยกัน (92.86%) ประกอบอาชีพทำนาและเกษตรกรรม (64.29%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมบุรณ์ แวมั่น⁸ แต่การศึกษาในครั้งนี้ยังขาดการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนสาเหตุของกลุ่มเสี่ยงมีอาการผิดปกติจากสาเหตุใดบ้าง ปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากจะรู้สาเหตุที่แท้จริงและสามารถจัดการกับความเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุควบคู่กับการรักษาพยาบาลทางด้านการแพทย์ร่วมด้วย แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่วางแผนและสร้างแนวทางในการรักษาที่ชัดเจนขึ้นในระบบของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ เพื่อการรักษาพยาบาลที่ต้นต้นได้ปรับปรุงและ

พัฒนามาจากแนวทางเวชปฏิบัติโรคซึมเศร้า ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย⁶ แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ⁹ และแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า¹⁰ ซึ่งควรมีการประเมิน ปรับปรุงและทบทวนแนวทางอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและการรักษาดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านในการดำเนินงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชที่สนับสนุนการเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ผู้ทำการดึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และเภสัชกรที่ช่วยในการวางแผนและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องในทางตรงและทางอ้อม ที่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเต็มที่ และทำให้งานนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลละหานทราย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561 ; 33(3) : 249-64.
2. กรมสุขภาพจิต. โรคซึมเศร้า ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรม ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>
3. พรรณพิไล วิริยะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4 (ฉบับพิเศษ) : S1-S18.
4. จุลารักษ์ เทพกลาง. การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562 ; 16(1) : 70-7.
5. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2558 ; 2(1) : 63-74.

6. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ : กองจิตเวชและประสาทวิทยาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2553.
7. สรร กลิ่นวิจิตและคณะ. การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาล เมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. วารสารบูรพาเวชสาร 2558 ; 2(1) : 21-33.
8. สมบูรณ์ แนนม่น. ผลการใช้แบบคัดกรองจิตเวชในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจิตเวช ในเขตตำบลโคกหล่าม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28 (ฉบับพิเศษ) : 109-15.
9. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ. อุบลราชธานี : กรม ; 2553.
10. สวัสดิ์ วิษณุโยธิน, นพพร อิทธิวิศกุล. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2563 ; 16(1) : 5-22.

การประเมินผลโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Evaluation of Home Visit Project on Intermediate Care (IMC) Community Health Nurse Practitioner Department, Roi-Et Hospital

เอมอร อารณรัตน์*

Aimorn Arpornrat

Corresponding author : E-mail : Aiwvia@gmail.com

(Received : March 10,2021 ; Revised : March 18, 2021 ; Accepted : April 23, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ตามแนวคิดและโมเดลเคาน์ตีแนซของสเติก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมินผล

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 303 คน ญาติผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน จำนวน 303 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินกระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ แบบประเมินความพึงพอใจ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSxp และโปรแกรม NEMO CARE และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า โครงการฯ มีจำนวนบุคลากร และใช้งบประมาณเพียงพอ และเหมาะสม ด้านกระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.41,SD=0.83) และผลของโครงการฯ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทั้ง 5 ตัว พบว่า สอดคล้องกับเกณฑ์ตัวชี้วัดทุกตัว

สรุปและข้อเสนอแนะ : การดำเนินงานตามโครงการฯ ครั้งนี้ ส่งผลให้ ตัวชี้วัดผลบรรลุเป้าหมาย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโครงการฯ นี้ไปปฏิบัติ

คำสำคัญ : การประเมินผลโครงการ ; การเยี่ยมบ้าน ; ผู้ป่วยระยะกลาง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To evaluation of home visit project on Intermediate Care (IMC) on Countenance Model.

Study design : Evaluative Research

Materials and Methods : 303 of Intermediate Cares (IMC) who met inclusion criteria, relatives, and 15 of a multidisciplinary team were participants. Data were collected by using the project implementation process assessment form, satisfaction assessment form, HOSxp and NEMO CARE programs. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : On the input factor, it were found that a project had a number of personnel and used a sufficient and appropriate budget, a process of implementing on project overall, it was at a high level (Mean = 4.41, SD = 0.83), and results of project all five performance indicators were found to be consistent with all indicators.

Conclusion and recommendations : Results of this project sends a measure of achievement to a target, so the relevant departments should implement this project.

Keywords : Evaluation of Project ; Home Visit ; Intermediate Care (IMC)

บทนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยเน้นงานรักษาพยาบาลมากกว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้โรงพยาบาลต้องบริหารจัดการเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันให้ได้มากที่สุด¹ จากการศึกษาของ รัชวรรณ สุขเสถียร² เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศูนย์พบว่า มีเพียงร้อยละ 18.0 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้นที่เข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อพ้นระยะวิกฤตจะถูกจำหน่ายให้กลับบ้านทันที ทั้งนี้เป็นไปตามนโยบายการวินิจฉัยกลุ่มโรคร่วม (DRG) ที่ลดจำนวนวันนอน (Length Of Stay : LOS) นอกจากนี้แพทย์มักเข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านได้ แต่ขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจนผนวกกับผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจและไม่เห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อกลับไปอยู่บ้านก็จะพบว่าญาติไม่พร้อมในการดูแลเพราะไม่มีความสามารถในการดูแลโดยเฉพาะเรื่องข้อข้อ/ไม่มีความสามารถในการทำกายภาพบำบัด ต้องการการช่วยเหลือเรื่องการดูแลพื้นฐานกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย การขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแล ความต้องการ การช่วย

เหลือเรื่องปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยเพื่อให้สะดวกในการดูแล และให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากปัญหาความยากลำบากดังกล่าว ทำให้บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น³

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงประกาศนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) หรือ IMC มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและอาการคงที่ แต่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการทำกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการระยะแรกกำหนดโรคเป้าหมาย ไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Stroke 2) Traumatic Brain Injury (TBI) และ 3) Spinal Cord Injury (SCI) แต่พบว่าระบบการให้บริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องในการดูแล นำไปสู่ความต้องการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่นานขึ้น ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล แพทย์จำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการ ดีขึ้นแล้วกลับไปดูแลตนเองที่บ้านแม้ว่าจะมี

กระบวนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือการให้บริการด้วย Home Care คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster, PCC) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team ; FCT) แล้วก็ตาม แต่ยังคงพบว่า ทั้ง 3 กลุ่มที่กลับมาดูแลตนเองต่อที่บ้าน มีภาวะพึ่งพิงและต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ถ้าผู้ป่วยระยะกลางทั้ง 3 กลุ่มได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมหลังจากทุเลาจากความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันและได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ต้องเข้าสู่บริการระยะ Long Term Care มากกว่าที่ควรเป็น⁴

ความต่อเนื่องเชื่อมโยงของบริการจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นการสร้างความต่อเนื่องของบริการที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลและเชื่อมต่อบริการทางการแพทย์ระยะเฉียบพลัน (Acute Care) กับบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care) กระทรวงสาธารณสุขจึงตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) อย่างเป็นรูปธรรมและเพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 Excellence ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service excellence) จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งคือ มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน และให้มีแผนงานการพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 กำหนดโครงการที่รองรับแผนงานการพัฒนาบริการสุขภาพ คือ โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง กำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ คือ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง โดยในปี พ.ศ.2561 กำหนดเป้าหมาย คือ มีรูปแบบในระยะเริ่มต้นสำหรับกลุ่มผู้ป่วย Post-acute stroke และ Post-brain and spinal cord injury มีคู่มือเพื่อการทำแผนและดำเนินงานในพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ แผนการวิจัย การติดตามประเมินผล และเริ่มให้มีการดำเนินงาน สามารถขยายขอบเขตการ

บริการและตอบสนองความต้องการของพื้นที่ และบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญไม่น้อยกว่าร้อยละ 10.0 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง⁵

ต่อมาปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) ของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติและอาการคงที่แต่ยังคงไม่เข้าสู่สภาวะที่ปกติ และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการ หรือทุพพลภาพ กลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ระยะแรกมีการกำหนดโรคเป้าหมายไว้ 3 กลุ่ม ที่มีความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ 1) Stroke 2) Traumatic Brain Injury (TBI) 3) Spinal Cord Injury (SCI) ต่อมา ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลง ลงนามความร่วมมือ (Memorandum Of Understanding ; MOU) ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับราชวิทยาลัยแพทย์ ทั้ง 16 แห่ง เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ ผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อความพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุในโรคเป้าหมายตามนโยบาย Intermediate care โดยอาจขยายต่อยังกลุ่มเฉพาะตามบริบทพื้นที่ เช่น Post-operative physical therapy, Chemotherapy, Chronic wound เป็นต้น ที่จำเป็นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นกันอาจใช้เวลาถึง 6 เดือน ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยกำหนดให้ประเมินผู้ป่วยหลังพ้นระยะ acute care หากพบว่าเข้าเกณฑ์ให้ส่งเข้ารับบริการ Intermediate Care เพื่อลดความแออัดในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชน และลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ (Readmit) ที่ไม่จำเป็น กำหนดให้มีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย Intermediate Care โดยประมาณความต้องการในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แห่งละ 2 เตียงและมีโรงพยาบาลนำร่องอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ที่มีเตียงรองรับจำนวน 8 เตียง และเพิ่มตามความต้องการของพื้นที่⁶

การดำเนินงานตามนโยบายการจัดบริการดูแล
สุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) ในพื้นที่
ทั่วประเทศ มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวง
สาธารณสุขรับผิดชอบ กำหนดบทบาทภาคสาธารณสุข
จังหวัด บทบาทภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข
กรมการแพทย์สนับสนุนทางด้านวิชาการ พัฒนา Web
application ระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียนส่งต่อ
ระบบรักษาและติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ให้เป็นระบบเดียวกันและเชื่อมโยงได้ทั่ว
ประเทศจัดอบรมหลักสูตรต่างๆ ใ้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้ง
หลักสูตรระยะสั้นระยะยาว และจัดทำคู่มือแนวทางการให้
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care)
มีนโยบายให้พื้นที่ดำเนินงานให้มีบริการดูแลสุขภาพระยะ
กลาง (Intermediate Care) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึงปัจจุบัน
สำหรับพื้นที่นำร่องที่เข้าร่วมดำเนินงานตามนโยบายการ
ดูแลสุขภาพระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุขได้แก่
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศ จากรายงาน
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณพ.ศ. 2561 -2562 ในเขตสุขภาพ 12 เขต
พบว่า มีโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริการฟื้นฟู
สภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์ในปีงบประมาณ
พ.ศ.2561 จำนวน 470 แห่ง จาก 719 แห่ง คิดเป็นร้อยละ
65.37 (เป้าหมาย ร้อยละ 10) และปีงบประมาณ พ.ศ.2562
ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 68.96 (เป้าหมายร้อยละ 50)⁷ซึ่งแต่ละ
โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบาย Intermediate Care
และตามบริบทของพื้นที่ แต่การปฏิบัติในพื้นที่ยังไม่
ครอบคลุมทั่วถึง มีความหลากหลายรูปแบบ ทั้งยังมีส่วนที่
คล้ายคลึงและแตกต่างกันตามเหตุปัจจัยและบริบทของ
พื้นที่ แต่ละภูมิภาค 4 ประเด็นที่คล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่
เริ่มพัฒนาจากแนวทางการประเมินและการให้บริการ 3
โรคเป้าหมาย ตามผังการดำเนินงานดูแลสุขภาพระยะกลาง
ประเด็นที่พบแตกต่างกัน คือ (1) รูปแบบระบบบริการดูแล
สุขภาพระยะกลางที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล
เครือข่ายบริการในแต่ละ ระดับ บางแห่งมีการดำเนินงาน
ในลักษณะเครือข่ายบริการ ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/

โรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง (2) โรคเป้า
หมาย โรงพยาบาลบางแห่งเพิ่มโรคเป้าหมายที่ให้บริการ
Intermediate Care มากกว่า 3 โรคที่กำหนดตามนโยบาย
(3) กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่
ดำเนินงาน Intermediate care ในผู้ป่วยทุกช่วงอายุ
แต่โรงพยาบาลบางแห่งสามารถดำเนินงาน Intermediate
Care โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะตามที่กำหนดใน
นโยบาย Intermediate Care ด้วย คือ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน
วันนอนโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน

เช่นเดียวกับการพยาบาลที่บ้านและชุมชนหรือ
ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) กลุ่ม
งานการพยาบาลชุมชน มีการดำเนินการร่วมประเมินการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับตึกโรคหลอดเลือดสมอง
เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่
บ้านและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยลงสู่เครือข่ายและชุมชน ตั้งแต่
ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน จากสถิติการร่วมทำการวางแผน
จำหน่ายพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากที่สุด
ถึงร้อยละ 58.42 ของผู้ป่วยที่ร่วมวางแผนจำหน่ายใน
โรงพยาบาลร้อยละทั้งหมด และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน
ชุมชนมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน ถึงร้อยละ
52.20 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยในระยะกลางหรือ
Intermediate Care (IMC) พบว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง (Stroke) ที่มีจำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 89.90
จากการประเมินตนเองและติดตามเยี่ยมเครือข่ายใน CUP
โรงพยาบาลร้อยละ พบประเด็นปัญหาเรื่องการเชื่อมโยง
ข้อมูลเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไป ยังโรงพยาบาลชุมชน
และ รพ.สต. พบว่ายังขาดข้อมูลเชื่อมโยงเรื่องการติดตาม
เยี่ยมบ้าน ประวัติการรักษา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยใน
ชุมชน งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนหรือ ศูนย์ดูแลต่อ
เนื่องที่บ้านจึงได้หารือกับผู้บริหารเพื่อพัฒนาระบบการส่ง
ต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแล เชื่อมโยง
และทันเวลาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีการเพิ่มประสิทธิภาพ
การส่งต่อข้อมูลทั้งการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ
โดยประสานงานร่วมกับทีมนักกายภาพบำบัดชุมชน ตลอด
จนสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อผู้ป่วยแต่ละ
ราย เช่น นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลเฉพาะ

ทางด้านการดูแลแผล กรณีพบว่ามีปัญหาแผลกดทับ หรือ แพทย์ แผนจีนในการร่วมฟื้นฟูและบำบัดดูแลผู้ป่วยด้วยการฝังเข็ม^๑ จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ HHC ร่วมทำวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกหลอดเลือดสมอง(Stroke Unit) และได้รับการติดตามเยี่ยมโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด(เป้าหมาย ร้อยละ 80)ในปี พ.ศ.2561-2563 ผลงาน ร้อยละ 89.64, 85.99 และ 90.12 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชน พบภาวะแทรกซ้อน คือ เกิดแผลกดทับ ร้อยละ 2.10, 1.65 และ 0.75 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 5) เกิด Pneumonia ร้อยละ NA , 2.64 และ 0.67 (เป้าหมายร้อยละ 5) เกิด UTI ร้อยละ NA , 0.66 และ 0.22 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 5)

ในทำนองเดียวกันกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ดำเนินการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในระยะ Sub Acute Care (Intermediate Care ; IMC) โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ดำเนินงานอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 พบผลการดำเนินงานการติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ของงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2563 พบผู้ป่วย Stroke HHC จำนวน 347, 350, 354, 403, 497 และ 581 ราย ผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ IMC จำนวน 252, 180, 189, 277, 226 และ 313 ราย และ ผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 204, 158, 179, 261, 222 และ 309 ราย^๑ โดยมีขั้นตอนการให้บริการเป็นระดับการให้บริการ คือ มีพยาบาลผู้รับผิดชอบหลักและมีการวางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีระบบการประสานส่งต่อของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานร่วมกันกับตึก/แผนกต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีการดูแลตามแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลและมีการประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาใหม่ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อนำไปสู่สภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

โรเบิร์ต อี สเตค (Robert E.Stake) ได้พัฒนารูปแบบการประเมินโดยใช้แนวคิดของครอนบาค และสคริฟเวนเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ รูปแบบการประเมินของสเตค ถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งที่นักประเมินนำมาประยุกต์ได้อย่างกว้างขวางในการประเมินโครงการ การประเมินตามความคิดของสเตค เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการบรรยาย และการตัดสินคุณค่าของโครงการหรือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่ การตัดสินใจ จุดมุ่งหมายของการประเมินมี 2 ประการ คือ เพื่อต้องการได้ข้อมูลต่างๆ ที่นำมาบรรยายเกี่ยวกับโครงการนั้น และเพื่อต้องการได้ข้อมูลต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินคุณค่าของโครงการ แนวคิดของสเตคแตกต่างไปจากแนวคิดของคนอื่นๆ ตรงที่พบว่าผลผลิตยังไม่ดี ไม่ได้ หมายความว่า การวางแผนไม่ดี หรือหลักสูตรไม่ดี แต่อาจบกพร่องที่องค์ประกอบอื่นๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อม ทีมสหวิชาชีพ ผู้บริหาร ผู้ป่วยหรือญาติหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ก็ได้^{๑, 10}

จากการประมวลเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นความสำคัญของวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ประเมินผลโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้ได้สารสนเทศ สำหรับการพัฒนาโครงการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามแนวคิดและโมเดลคาน์ทีแนซของสเตค โดยประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการปฏิบัติ และผลการดำเนินงานของโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การกำหนดรูปแบบการประเมิน การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองคาน์ทีแนซของสเตค ในทัศนะของสเตค การประเมินต้องพิจารณาอย่างครอบคลุม แบ่ง การประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือการ

บรรยาย (Description) และการตัดสินคุณค่า (Judgment) หรือเรียกตามโครงการของแบบจำลอง Countenance Model ซึ่งตามโครงสร้างของแบบจำลองนี้ได้จำแนกข้อมูลการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ เมตริกภาคบรรยาย

(Description Matrix) และเมตริกการตัดสินใจคุณค่า (Judgment Matrix) ก่อนการประเมินโครงการจะต้องวิเคราะห์หลักการ เหตุผล และวัตถุประสงค์ของโครงการตามภาพประกอบที่ 1

หลักการ เหตุผล วัตถุประสงค์	ความคาดหวัง	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	มาตรฐาน	การตัดสิน
	เมตริกซ์การบรรยาย		เมตริกซ์การตัดสิน	

ภาพประกอบที่ 1 โครงสร้างแบบจำลองเคนทีแนนซ์ของสเต็ก

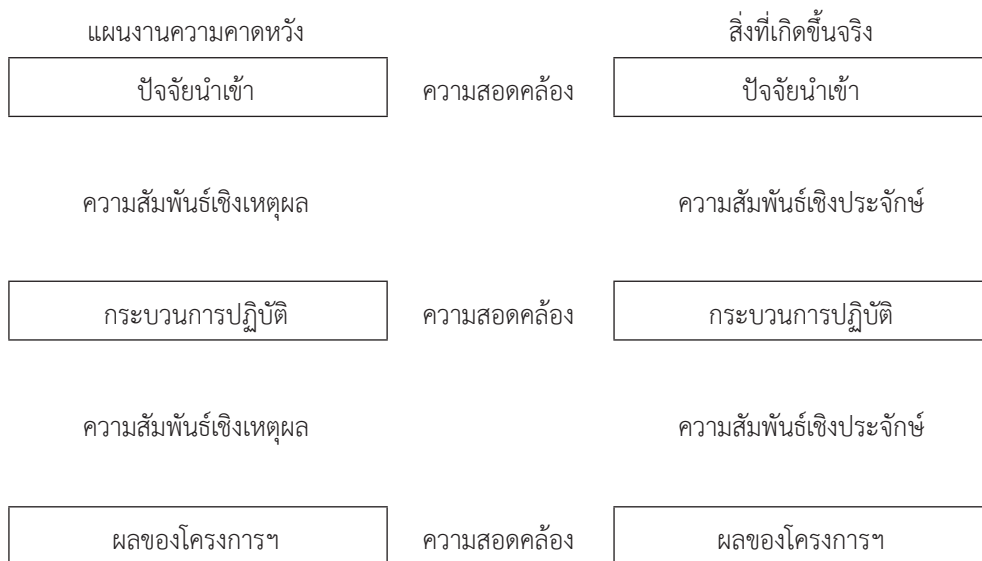
วิธีการประเมินตามแนวทางของแบบจำลองเคนทีแนนซ์ของสเต็ก

1. การพิจารณาเมตริกภาคบรรยาย

1.1 การพิจารณาความสอดคล้องระหว่างความคาดหวัง (แผนงาน) กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เป็นการพิจารณาในแนวนอน

1.2 การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า

กระบวนการปฏิบัติ และผลของโครงการ เป็นการพิจารณาในแนวตั้งการพิจารณาความสอดคล้องและความสัมพันธ์ตามภาพประกอบที่ 2

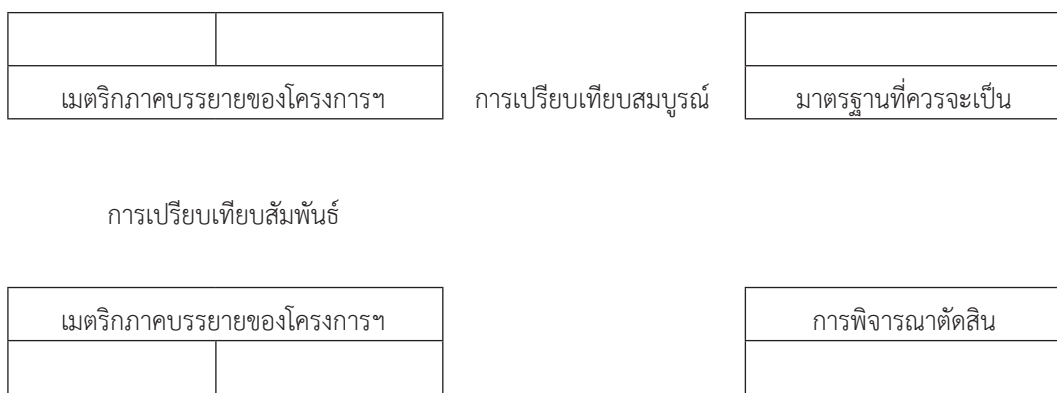


ภาพประกอบที่ 2 ความสอดคล้องและความสัมพันธ์ของแผนงานความคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

จากภาพประกอบที่ 2 จะเห็นว่าการพิจารณาเมตริกภาคบรรยายนั้นได้พิจารณา 2 แนวทาง คือ การพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างแผนงาน ความคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง การพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล เป็นการพิจารณาแผนงานในแง่ของความสมเหตุสมผลและความเป็นไปได้ของ แผนงานที่วางไว้ ส่วนการพิจารณาความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นการพิจารณาความ

สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับแนวทางการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงและผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง

2. การเปรียบเทียบเมตริกภาคบรรยายกับเมตริกภาคการตัดสินใจคุณค่า โดยอาศัยเกณฑ์สมบูรณ์ หรือเกณฑ์สัมพันธ์ ซึ่งทำโดยการเปรียบเทียบกับเมตริกภาคบรรยายของโครงการฯ ตามการแสดงในภาพประกอบที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 การเปรียบเทียบเมตริกภาคบรรยายกับเมตริกภาคการตัดสินใจคุณค่า

จากภาพประกอบที่ 3 จะเห็นว่าในการเปรียบเทียบเกณฑ์สมบูรณ์นั้นจะต้องสรุปหามาตรฐานการประเมินที่ควรจะเป็นในการดำเนินงานตามโครงการ ปัจจัยนำเข้าที่ควรมี กระบวนการปฏิบัติ และผลที่เกิดขึ้น สำหรับการเปรียบเทียบกับเกณฑ์สัมพันธ์เป็นการนำเสนอเมตริกภาคบรรยายของโครงการฯในแต่ละรายการมาเปรียบเทียบกับกันในด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการปฏิบัติ และผลของโครงการฯแบบจำลองเคาน์ตีแอนด์ของสเด็กเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวางแผนการประเมิน เป็นกรอบโครงสร้างที่เน้นองค์ประกอบของการประเมิน 2 ส่วน การจัดกระทำข้อมูล เช่น การพิจารณาความสอดคล้องระหว่างแผนงาน (ความคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นเพียงวิธีการที่สเด็กได้เสนอไว้โดยคาดหวังว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจคุณค่าในโครงการฯ สิ่งที่สำคัญ

ประการหนึ่งในความคิดเห็นของสเด็ก คือ การมุ่งใช้เกณฑ์ภายนอกในการพิจารณาตัดสินใจคุณค่าของโครงการฯ โดยชี้ให้เห็นว่า การประเมินจำนวนมากได้ใช้วิธีการพิจารณาตัดสินใจคุณค่าของโครงการ โดยปราศจากการบรรยายลักษณะ หรือสภาพการณ์ใดๆ ก่อนการตัดสินใจคุณค่า ในขณะที่การประเมินนั้นโดยธรรมชาติแล้ว เป็นกระบวนการในการเปรียบเทียบ ซึ่งอาจเปรียบเทียบโดยอาศัยเกณฑ์สมบูรณ์ หรือเกณฑ์สัมพันธ์ แล้วแต่กรณี

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดที่จะศึกษาร่วมกับผู้ที่ต้องการใช้ผลการประเมิน และศึกษาเอกสาร การดำเนินงานโครงการการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) กลุ่มงาน การพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดังรายละเอียดที่แสดงประเด็นการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการฯ

ตารางที่ 1 ประเด็นการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด
1. ปัจจัยนำเข้าของโครงการฯ	จำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการดำเนินงานโครงการฯ
1.1 จำนวนบุคลากร บุคลากรที่ดำเนินงานตามโครงการฯ	ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
1.2 งบประมาณ	งบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับ
งบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ	ดำเนินงานโครงการฯตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80.0
2. กระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ	
2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ
2.2 การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ	กระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ แต่ละด้าน
2.3 การวางแผนการพยาบาล	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2.4 การปฏิบัติการพยาบาล	
2.5 การประเมินผลการปฏิบัติ	
2.6 การดูแลต่อเนื่อง	
2.7 การให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ	
2.8 บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล	
3. ผลของโครงการฯ	เกณฑ์การประเมิน
3.1 อัตราความครอบคลุมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย Stroke ในระยะ IMC ที่มีค่าดัชนีบาร์เทล <15	>80%
3.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมมีอัตรา Re-admit ภายใน 28 วัน	<5%
3.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมครบ 6 เดือน มีค่าดัชนีบาร์เทล เพิ่มขึ้น > 15	>80%
3.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยม เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Pneumonia, UTI, Pressure ulcer sore	<5%
3.5 ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยม มีความพึงพอใจ	>80%

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study populations) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) จำนวน 581 คน ญาติผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ในชุมชน จำนวน 581 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) คือที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ มีภาวะติดเชื้อ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ซึม สับสน ชัก DVT ต้องใช้ออกซิเจน(O2) และประเมิน Barthel Index BI < 15 และเกณฑ์คัดออก คือ เกณฑ์คัดผู้ป่วยออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถอยู่ในโปรแกรม IMC ได้ครบตามกำหนด มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเฉียบพลัน และไม่สามารถสื่อสาร และให้ข้อมูล จำนวน 303 คน ญาติผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน จำนวน 303 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.แบบประเมินกระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ เป็นแบบประเมินการปฏิบัติงาน 8 ด้านคือการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติ การดูแลต่อเนื่อง การให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์

2. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยเป็นแบบ

มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดและนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์

3. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HOSxp และโปรแกรม NEMO CARE

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนโดยติดต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เพื่อขออนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถามและนัดสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเองและนัดรับแบบสอบถาม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2563 และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกระทำข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า พบว่า โครงการฯ จำนวนบุคลากรเพียงพอ และเหมาะสม (80%) การใช้งบประมาณโครงการฯ ด้านค่าตอบแทนวิทยากรหลัก ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ป้ายไวนิล/วีดิทัศน์ และด้านค่าพาหนะ (100%) แต่ด้านค่าวัสดุอุปกรณ์ และค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ (80%) มีความเพียงพอและเหมาะสมทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่ดำเนินงานตามโครงการฯ และงบประมาณความพึงพอใจและเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ

ประเด็นการประเมิน	n(%)	การตัดสินคุณค่า
1.จำนวนบุคลากร บุคลากรที่ดำเนินงานตามโครงการฯ	80.0	เพียงพอ/เหมาะสม
2.งบประมาณโครงการ		
2.1 ค่าตอบแทนวิทยากรหลัก	100.0	เพียงพอ/เหมาะสม
2.2 ค่าวัสดุอุปกรณ์	80.0	เพียงพอ/เหมาะสม
2.3 ค่าอาหารกลางวัน	100.0	เพียงพอ/เหมาะสม
2.4 ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	100.0	เพียงพอ/เหมาะสม
2.5 ป้ายไวนิล/วีดีทัศน์	100.0	เพียงพอ/เหมาะสม
2.6 ค่าพาหนะ	100.0	เพียงพอ/เหมาะสม
2.7 ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่	80.0	เพียงพอ/เหมาะสม

2. กระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.41,SD=0.83) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการประเมินผลการปฏิบัติมีการปฏิบัติมากที่สุด (Mean = 4.59,SD= 0.63) รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล(Mean =4.50, SD= 0.66) ตามลำดับ และพบว่า ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5 ทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับกระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ โดยรวมและเป็นรายด้าน

กระบวนการปฏิบัติตามโครงการฯ	Mean(SD)	ระดับการปฏิบัติ	การตัดสินคุณค่า
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	4.28(0.91)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
2. การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ	4.23(0.98)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
3. การวางแผนการพยาบาล	4.29(0.86)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
4. การปฏิบัติการพยาบาล	4.50(0.66)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
5. การประเมินผลการปฏิบัติ	4.59(0.63)	มากที่สุด	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
6. การดูแลต่อเนื่อง	4.46(0.74)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
7. การให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ	4.41(0.83)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
8. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล	4.41(0.86)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5
เฉลี่ยโดยรวม	4.41(0.54)	มาก	ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5

3. ผลของโครงการฯ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทั้ง 5 ตัว พบว่า สอดคล้องกับเกณฑ์ตัวชี้วัดทุกตัว กล่าวคือ 1) อัตราความครอบคลุมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย Stroke ในระยะ IMC ที่มีค่าดัชนีบาร์เทล <15 เกณฑ์ >80% ผลการดำเนินงานเท่ากับ 99.26% สอดคล้องกับเกณฑ์ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยม มีอัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน เกณฑ์ <5% ผลการดำเนินงานเท่ากับ 1.86 สอดคล้องกับเกณฑ์ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมครบ

6 เดือน มีค่าดัชนีบาร์เทล เพิ่มขึ้น > 15 เกณฑ์ >80% ผลการดำเนินงานเท่ากับ 96.03% สอดคล้องกับเกณฑ์ 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Pneumonia, UTI, Pressure ulcer sore เกณฑ์ <5% ผลการดำเนินงานเท่ากับ 2.32 และ 5) ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยมมีความพึงพอใจ เกณฑ์ >80% ผลการดำเนินงานเท่ากับ 98.72% ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละผลของโครงการฯ และการตัดสินใจคุณค่า

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	เกณฑ์	ผลงาน	การตัดสินใจคุณค่า
1. อัตราความครอบคลุมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย Stroke ในระยะ IMC ที่มีค่าดัชนีบาร์เทล <15	>80%	99.26	สอดคล้องกับเกณฑ์
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมมีอัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน	<5%	1.86	สอดคล้องกับเกณฑ์
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมครบ 6 เดือน มีค่าดัชนี บาร์เทล เพิ่มขึ้น > 15	>80%	96.03	สอดคล้องกับเกณฑ์
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Pneumonia, UTI, Pressure ulcer sore	<5%	2.32	สอดคล้องกับเกณฑ์
5. ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยม มีความพึงพอใจ	>80%	98.72	สอดคล้องกับเกณฑ์

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากร งบประมาณ มีเพียงพอและความเหมาะสม และกระบวนการดำเนินงาน ไม่ต่ำกว่าระดับ 3.5 ที่กำหนดเช่นเดียวกับรายงานการศึกษา สถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เขตสุขภาพที่ 9 ทุกจังหวัดมีนโยบายในการสนับสนุน ให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือระบบข้อมูล ข่าวสาร มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 92.3 มีการสนับสนุนให้จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ แต่ยังมีบางพื้นที่ที่มีครุภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ด้านระบบบริการการดูแลผู้ป่วย พบว่า

ส่วนใหญ่มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันวางแผนและดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยมีบริการเยี่ยมบ้านสูงถึงร้อยละ 96.2 นอกจากนี้ยังพบว่า ทุกจังหวัดมีเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ครอบคลุมทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับท้องถิ่น/ชุมชน ร้อยละ 75.0 จะเห็นได้ว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 มีการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะกลางแล้ว แต่ยังพบปัญหาด้านบุคลากรบางสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น ซึ่งล้วนจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ หนทางที่ดีและประหยัดงบประมาณหนทางหนึ่ง น่าจะเป็นการพยายามทำให้เกิดการร่วมบริการระหว่างภาครัฐ

และเอกชน และให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย จึงควรจัดระบบให้ง่ายต่อการเข้าถึง เป็นรูปแบบเดียวกันทุกระดับ รวมไปถึงการมีข้อมูลการดูแลที่ครบถ้วนที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพ โดยพัฒนาตั้งแต่การคัดกรอง การลงทะเบียน การส่งต่อ การให้คำปรึกษา และการติดตามดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียด แต่มีแนวโน้มที่น่าจะดำเนินการได้ และขยายผลได้เร็ว โดยไม่ประสบปัญหาด้านบุคลากร และงบประมาณ¹¹

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care) ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี บุคลากรให้การยอมรับนโยบาย และมีความเห็นว่านโยบายมีความเป็นไปได้ในระดับดี ช่วยให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แต่มีความคิดเห็นว่าการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลางซึ่งน้อยกว่าในด้านอื่นๆ การบูรณาการนโยบายเข้ากับระบบการปฏิบัติงาน การดำเนินการได้ และประสิทธิผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้ให้บริการที่เพิ่มขึ้นช่วยให้นโยบายมีความยั่งยืนมากขึ้น และพบว่าปัจจัยความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางสู่การปฏิบัติประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้บริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน มีวิสัยทัศน์วางแผนและกำกับติดตามต่อเนื่อง 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความมุ่งมั่นตั้งใจทำงานความร่วมมือของบุคลากรทุกสาขาทุกระดับทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และ 3) ปัจจัยด้านระบบบริการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ การใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดรูปแบบการดูแลหรือแนวปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายบริการแบบ สหวิชาชีพที่เข้มแข็ง ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ 1) ขาดความรู้ความเข้าใจนโยบายและแนวปฏิบัติ 2) ขาดอัตรากำลังและบุคลากรที่มีศักยภาพ 3) ขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการเงินงบประมาณ และค่าใช้จ่ายวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยา 4) ระบบการส่งต่อและฐานข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ¹²

การวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean = 4.13, SD. = 0.35 และ Mean = 4.15, SD. = 0.36 ตามลำดับ) ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างละ 95.0 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องของการดูแล¹³ เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 48 วัน จำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัมพาตเฉพาะท่อนล่าง (Paraplegia) (Motor Power grade 0, ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ การประเมิน Barthel ADL index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแล IMC ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือนโดยมีนัดติดตามอาการเป็นระยะทุก 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วย ทุกระยะในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ การประเมิน Barthel ADL index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแล IMC ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือน โดยมีนัดติดตามอาการเป็นระยะทุก 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายโดยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ปัจจุบันผู้ป่วยเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน Knee brace ร่วมกับ Walker สามารถปัสสาวะเองได้ และสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้มากขึ้น ระหว่างศึกษา Case ผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาตัวในรพ. นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองตามที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้โปรแกรมได้เป็นอย่างดี¹⁴

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยเยี่ยมบ้านโดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนเยี่ยม (Input) ผู้วิจัยได้เตรียมข้อมูลสุขภาพ /

รับ case จากโปรแกรม NEMO แล้วกำหนดแผนและวัตถุประสงค์การเยี่ยม เตรียมอุปกรณ์ / เครื่องใช้ เป้าหมายความครอบคลุมการเยี่ยมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.0 ขณะเยี่ยมบ้าน(Process) มีการประเมินภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อม / ชุมชน / ครอบครัว / ผู้ดูแล วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล บันทึกการติดตามเยี่ยมโดยทีม เป้าหมายอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกินร้อยละ 5 ความพึงพอใจ มากกว่าร้อยละ 80.0 และหลังการเยี่ยมบ้าน (Outcomes) มีการประเมินผลตามวัตถุประสงค์ และแผนการติดตามเยี่ยม กำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง การจำหน่าย / การส่งต่อเมื่อมีปัญหา ลงบันทึกการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม NEMO และกำหนดเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100.0

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังมีกระบวนการสำคัญร่วมทำ Discharge planning ที่ตึก Stroke Unit ศัลยกรรม 1-6 และที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนติดตามเยี่ยม ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มกระบวนการให้สุศึกษาผู้ป่วยและญาติ และ Care giver ในชุมชน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามเยี่ยม โดยยึดปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์การแพทย์โดยการประสาน/ และจัดหา ติดตามเยี่ยม ประเมิน วางแผน การดูแลร่วมกับครอบครัว เครือข่าย (รพ.สต./ อสม./ อบต.) ประชุมปรึกษาหลังการเยี่ยม เพื่อวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป สรุปผลบันทึกข้อมูล การส่งต่อข้อมูล สู่ชุมชนและเครือข่ายประเมินผลสรุปวิเคราะห์ และการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC ได้แจ้งแนวทางการติดต่อ ตลอดจนการมาขอรับบริการหลังจากร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงหลังการติดตามเยี่ยมที่บ้านทั้งทางโทรศัพท์ ทาง App Line Email ชุมชน ญาติผู้ป่วยสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ COC ได้ทางโทรศัพท์ตามนามบัตรที่ให้ไว้เมื่อออกเยี่ยมบ้าน จึงส่งผลให้ผลการดำเนินงานบรรลุตัวชี้วัดทุกตัว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เช่น ข้อมูลของผู้ป่วยในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ไม่ถูกต้อง เช่น ที่อยู่ไม่เป็นปัจจุบัน ความยุ่งยากในการประสานงานระหว่างองค์กร ระบบการส่งต่อที่ล่าช้า ไม่ทันเวลา บุคลากรยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ภาระงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลมาก ทำให้ดูแลล่าช้าภาระของญาติผู้ดูแลหลัก ต้องหารายได้ ทำงานไกลจากบ้านพักของผู้ป่วย บุคลากรมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแล ทั้งด้านการดูแลรักษา พยาบาล และสัมพันธ์ภายในครอบครัวผู้ป่วยไม่ดี ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาแนวทางการสื่อสารที่เป็น 2 Way Communication และเป็น Dynamic มากกว่านี้พัฒนาตารางเก็บข้อมูล/ระบบเก็บข้อมูล ที่ดูง่าย และเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน โปรแกรมควรใช้โปรแกรมเดียวในการใช้งานหรือสามารถ Link กันได้ ควรมี Key Man ในการดำเนินงานแต่ละรพ. ที่รับผิดชอบเป็นหลัก ควรติดตามและรายงานผลการดำเนินงานภาพรวมทุกเดือน และควรพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้กับผู้ดูแลในระดับ รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. รายงานวิจัยการศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับ การจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ; 2555.
2. ธีรวรรณ สุขเสถียร. การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบ ผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. J Thai Rehabil Med 2557 ; 24(2) : 37-43.
3. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย : การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.

- 4.เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558 ; 24 : 1018-29.
- 5.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ; 2562.
6. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบาย Intermediate care [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file
7. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub acute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2559.
8. ศูนย์ประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พัฒนางานสาธารณสุข. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาล ; 2563.
9. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2554.
10. สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. วิธีวิทยาการประเมินศาสตร์แห่งคุณค่า. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2559.
11. บุชรินทร์ พูนนอก. รายงานการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care). นครราชสีมา : เขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) ; 2563.
12. ธัญพร ชื่นกลิ่น. การประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2563.
- 13.สุกัญญา ยงสว่าง, ธนวรรณ สิ้นประเสริฐ, ปราณี เตชรัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2558 ; 34 (3) : 236-47.
14. พัชรฉัตร ภูมิสถาน. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง : กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2563 ; 40(1) :173-87.

การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลน้ำซุ่น Development of Oral Health Service Model and Denture in Older Persons Namkhun Hospital

ธีรภาพ ทศนานุกุลกิจ*

Teeraphap Tassananukulkit

Corresponding author : E-mail : Limitbreak_123@yahoo.com

(Received : March 19,2021 ; Revised : March 30, 2021 ; Accepted : April 28, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลน้ำซุ่น

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านทันตกรรมและฟันปลอมโรงพยาบาลน้ำซุ่น จำนวน 32 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ Chi-square, Fisher's exact test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากด้วยการแปรงฟันเป็นประจำเพิ่มขึ้น ($p<.001$) การถอดฟันปลอมก่อนนอนเป็นประจำเพิ่มขึ้น ($p<.001$) หลีกเลี่ยงอาหารแข็งและเหนียวและ ทำความสะอาดฟันปลอมและนำมาแช่น้ำเป็นประจำ และมีความพึงพอใจต่อการรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากและฟันปลอมเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : รูปแบบบริการ ; สุขภาพช่องปาก ; ฟันปลอม ; ผู้สูงอายุ

*ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำซุ่น

ABSTRACT

Purpose : The development of oral health services and dentures. Study of results and satisfaction after the development of service model in the elderly who received oral and dental care services in Namkhun Hospitals.

Study design : Action research

Materials and Methods : The sample consisted of 32 subjects who came to get dental services and dentures at Namkhun Hospital who were derived from a purposive sampling. Data collected were using questionnaires and interviews. Data were analyzed using frequency, percentage, Chi-square, Fisher's exact test.

Main findings : After intervention, elderly showed an increased habit of oral care with regular brushing ($p < .001$), increased routine denture removal before bed time ($p < .001$), avoiding hard and sticky foods and clean your dentures and put them in water regularly, and they were satisfied with the overall service at the highest level.

Conclusion and recommendations : The results of this research contribute to elderly have a habit of oral care and dentures is increasing. Therefore, the relevant departments model should be used in agency.

Keywords : Service Model; Oral health; Dentures; Elderly

บทนำ

ประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 10 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด¹ และประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 สัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรและคาดการณ์ว่าในปี 2564 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 7 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงวัยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ² และข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ปี 2557 เกี่ยวกับสภาพฟัน พบว่ามีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 2.5 สูญเสียฟันบางส่วนร้อยละ 88.3 และพบผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ จึงมีปัญหาทั้งการเคี้ยว

การกัด การกลืนอาหารอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุที่มีฟัน พบฟันผุร้อยละ 48.3 รากฟันผุร้อยละ 17.2 เป็นโรคปริทันต์ระดับรุนแรง ร้อยละ 11.4 การให้บริการทันตกรรม ภายใต้อาณัติประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังถือเป็นหนึ่งในมาตรการควบคุมสถานะความชุกของโรคในช่องปากของประชาชนตั้งแต่วัยเยาว์ไปจนวัยผู้สูงอายุ โดยจัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการทันตกรรม ดังนี้ ส่วนที่หนึ่ง คือ ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้บริการฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค ฟันผุ (กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ชายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ) การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี) และส่วนที่สอง คือ ทันตกรรมบำบัดรักษา ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน ขูดหินปูน ทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพ ตลอดอายุขัย สุขภาพช่องปากจึงส่งผล

ต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต ตั้งแต่เรื่องการเคี้ยว การกัด การกลืน การพูด การอ้วก และการหัวเราะ ซึ่งเป็นเรื่องของการทำงานด้านกายภาพของช่องปาก³ การสูญเสียฟันเป็นปัญหาของทุกกลุ่มวัยซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การเคี้ยวบดอาหาร การสูญเสียฟันจำนวนมากจะลดประสิทธิภาพ การเคี้ยวอาหาร ทำให้ต้องเลือกอาหาร เป็นที่เคี้ยวบดง่ายซึ่งไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าของอาหาร และทำให้มีข้อจำกัดของประเภทอาหาร การสูญเสียฟันจึงเป็นหนึ่งในข้อปัจจัยเสี่ยงของการมีน้ำหนักลดลง จึงเป็นเหตุให้ต้องหาตัวช่วยเพื่อเคี้ยวบดอาหาร คือการต้องมีฟันเทียมหรือฟันปลอม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ⁴

การใส่ฟันปลอมทั้งปากสามารถทดแทนฟันที่สูญเสียไปและเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถบดเคี้ยวอาหาร พุดคุยเกิดภาพลักษณ์ของใบหน้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อีกทั้งสัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน การใส่ฟันปลอมทดแทนฟันที่สูญเสียไปในผู้สูงอายุจะเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว พุดจา เสริมความสมดุลของใบหน้า และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁵

ในทำนองเดียวกันโรงพยาบาลน้ำขุ่นเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงให้บริการในระดับตติยภูมิ ขนาด F3 ให้การรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอ น้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี และประชาชนทั่วไป มารับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง มีบริการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ จากสถานบริการระดับปฐมภูมิ และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิ รับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 6 แห่ง กระจายอยู่ใน 4 ตำบล ได้แก่ รพ.น้ำขุ่น รพ.สต.โนนยาง รพ.สต.โคกสะอาด รพ.สต.ดอนโหมกซ์ รพ.สต.วังเสือ และรพ.สต.ชีเหล็ก เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองและดูแลซึ่งกันและกันได้สอดคล้องตามนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) อีกด้วย ลักษณะความ

สำคัญทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อีกทั้งอำเภอ น้ำขุ่นเป็นที่ราบลุ่มและที่ราบสูง สภาพภูมิอากาศร้อนชื้น ประชากรส่วนใหญ่ใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพ⁶ ระบบหลักประกันสุขภาพ ภาครัฐทั้ง 3 สิทธิ ซึ่งมีความครอบคลุมการบริการทางทันตกรรม แต่มีรายละเอียดในการให้บริการที่แตกต่างกัน เช่น สิทธิประกันสังคมครอบคลุมเพียงการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูนและการใส่ฟันปลอม ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเพียงหลักประกันเดียวที่ครอบคลุมทั้งการรักษาและทันตกรรม เพื่อการป้องกัน ซึ่งจากการสังเกตและการสำรวจพบว่าประชากรในพื้นที่อำเภอ น้ำขุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีจำนวนมาก เนื่องจากวัยหนุ่มสาวและวัยทำงานเข้าไปทำงานในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียง ปลดปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังหรือบางรายมีบุตรหลานและญาติๆ คอยดูแลกัน

กล่าวได้ว่าการใช้บริการสุขภาพช่องปากโรงพยาบาลน้ำขุ่น จึงมีผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการด้านทันตกรรม โดยเฉพาะบริการฟันปลอมและมักมีปัญหาจะเกิดแรงกระทำต่อฟันปลอมทำให้การยึดตัวของฟันปลอมกับสันเหงือกหลุดลง บดเคี้ยวอาหารจึงค่อนข้างมีปัญหาบ่อย ซึ่งฟันปลอม เปรียบได้กับเป็นฟันชุดที่ 3 ของปาก รองจากฟันน้ำนมและฟันแท้ ถูกประดิษฐ์ขึ้นโดยทันตแพทย์ เรียกได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนที่ไม่มีฟันไม่ครบทั้งปาก เพราะถ้ามีช่องว่างระหว่างฟันแล้วไม่ใส่ฟันปลอม ก็จะทำให้ฟันที่อยู่ข้างเคียงโยก ล้ม หรือเอียง และทำให้ฟันหลุดเพิ่มได้ ทำให้การสบฟันผิดปกติ ซึ่งจะทำให้โครงสร้างของใบหน้าผิดรูปไปจากเดิม การไม่ใส่ฟันปลอมยังทำให้เหงือกอักเสบ เพราะเศษอาหารอาจมากระแทกเหงือกบริเวณที่ฟันหลุดออกไป เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเพราะมีเศษอาหารติดค้างบริเวณซอกเหงือก ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่มีประสิทธิภาพ เพราะคนที่ฟันมีช่องว่างและไม่ใส่ฟันปลอมมักจะเคี้ยวอาหารเพียงข้างเดียว ทำให้บดเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดเกิดความเมื่อยล้าบริเวณกราม และกระเพาะอาหารทำงานหนัก อีกทั้งการทำฟันปลอมมีหลายขั้นตอนและจำเป็นต้องนัดผู้ป่วยมาให้บริการหลายครั้ง ซึ่งจะต้องส่งงานไปผลิตที่ห้องปฏิบัติการทำฟันปลอม แล้วรอรับส่งกลับมา ต่อครั้งซึ่ง

อาจใช้เวลานานประมาณ 1-3 เดือน การให้บริการทางด้านทันตกรรมโรงพยาบาลน้ำซุ่น โดยมีทันตแพทย์ จำนวน 2 คน ในวันจันทร์ - พฤหัสบดี เวลา 08.00- 20.00 น.และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์กรได้กำหนดตามยุทธศาสตร์ของจังหวัดยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้และยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ กลุ่มประชากรผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการมารับบริการฟันปลอม⁶ การไม่ใส่ฟันปลอมยังทำให้เหงือกอักเสบ เพราะเศษอาหารอาจมากระแทกเหงือกบริเวณที่ฟันหลุดออกไป เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเพราะมีเศษอาหารติดค้างบริเวณซอกเหงือก ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่มีประสิทธิภาพ เพราะคนที่ฟันมีช่องว่างและไม่ใส่ฟันปลอมมักจะเคี้ยวอาหาร ช่างเดียว ทำให้บดเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด เกิดความเมื่อยล้าบริเวณกราม และกระเพาะอาหารทำงานหนัก นอกจากนั้นยังทำให้พูดไม่ชัดในกรณีที่ฟันด้านหน้าหลุด ส่งผลต่อการประกอบอาชีพ หน้าที่การงาน และที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันก็คือทำให้เสียบุคลิกหมดความมั่นใจ ไม่กล้าส่งรอยยิ้มให้ใคร

จากการระบาดไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ได้มีการประกาศมาตรการแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19; โควิด-19) ส่งผลให้ทันตแพทย์สภา จัดทำแนวปฏิบัติงานรักษาทางทันตกรรมที่มีข้อจำกัดในทันตกรรมหัตถการ ผู้วิจัยจึงถือโอกาสนี้พัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากที่ผ่านมาโรงพยาบาลน้ำซุ่นพบปัญหาการให้บริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุ มีความถี่ ที่ต้องมาพบทันตแพทย์บ่อยครั้งอันเนื่องมาจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้บริการฟันปลอมทั้งปากและมักพบปัญหา ฟันปลอมหลวมและรู้สึกเจ็บเมื่อเคี้ยวอาหาร ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ต้องมาขอปรับและเปลี่ยน แก้ว ฟันปลอมบ่อย ทำให้ต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายเพิ่ม จึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อ

ให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ทันตสุขภาพอย่างมีคุณภาพและระดับความพึงพอใจ ที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลน้ำซุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) กระบวนการ PAOR กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการฟันปลอมโรงพยาบาลน้ำซุ่น จำนวน 32 คน ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 28 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการบริการฟันปลอมแบบ one -Group Pre-test Post-test Design

วิธีการดำเนินการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึกการ ประชุม และแบบนิเทศติดตาม แบ่งเป็น 4 ระยะ (PAOR) ประกอบด้วยระยะที่ 1 การวางแผน (P : Planning) ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติการ (A : Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (O : Observation) และระยะที่ 4 การสะท้อนผล (R : Reflection)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบคุณภาพและเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่มด้วยสถิติอนุมาน ได้แก่ chi-square หรือ fisher's exact test และข้อมูลเชิงปริมาณต่อด้วยสถิติอนุมาน

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลน้ำซุ่นครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน(Planning) ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมงาน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันออกแบบสื่อ คู่มือการ

จัดกิจกรรมให้ความรู้กระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) เป็นการหาวิธีการและเสนอทางเลือก การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ การบริการสุขภาพช่องปากและการบริการ ฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) คือ ยอมรับและทำงานร่วมกันด้วยการแบ่งความรับผิดชอบในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) ในกิจกรรมที่กำหนด 3) สังเกตการณ์ (Observation) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้สูงอายุหลังจากรวบรวมแบบสอบถามด้านความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงหลังจากการดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพช่องปากและฟัน

ปลอมในผู้สูงอายุ พบว่า ความพึงพอใจต่อการรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าหญิง อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย ลงไป (59.4%) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (62.5%) มีโรคประจำตัว (65.6%) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ (78.1%) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ (87.5%) และยังมีฟัน (53.1%)

2. พฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับรู้และใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอม โรงพยาบาลน้ำซุ่น พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการแปรงฟันเป็นประจำเพิ่มขึ้น ($p < .001$) การถอดฟันปลอมก่อนนอนเป็นประจำเพิ่มขึ้น ($p < .001$) หลีกเลี่ยงอาหารแข็งและเหนียว ทำความสะอาดฟันปลอมและนำมาแช่น้ำเป็นประจำ รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการดูแลฟันปลอมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

ปัจจัย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Chi-square	p	Odd (95% CI)
การแปรงฟัน					
เป็นประจำ	26	11	14.414	<.001	8.27(2.62, 26.10)
ไม่เคย/นานๆ ครั้ง	6	21			
ถอดฟันปลอมก่อนนอน					
เป็นประจำ	27	9	20.571	<.001	13.80(4.04, 47.05)
ไม่เคย/นานๆ ครั้ง	5	23			
หลีกเลี่ยงอาหารแข็งและเหนียว					
เป็นประจำ	22	9	10.573	.001	5.62(1.92, 16.45)
ไม่เคย/นานๆ ครั้ง	10	23			
ทำความสะอาดฟันปลอมและนำมาแช่น้ำ					
เป็นประจำ	23	10	18.223	<.001	11.07(3.41, 35.87)
ไม่เคย/นานๆ ครั้ง	9	22			
พบทันตแพทย์ทันทีเมื่อใส่ฟันปลอมแล้วเจ็บ					
เป็นประจำ	28	6	30.369	<.001	30.33(7.68, 119.74)
ไม่เคย/นานๆ ครั้ง	4	26			

ตารางที่ 1 (ต่อ) พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการดูแลฟันปลอมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

ปัจจัย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Chi-square	p	Odd (95% CI)
ตรวจสุขภาพปากทุก 6 เดือน					
เป็นประจำ	25	6	22.585	<.001	15.47(4.56, 52.46)
ไม่เคย/นานๆ ครั้ง	7	26			

* Fisher's exact test

วิจารณ์

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาล น้ำขุนด้วยกระบวนการ PAOR ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าหญิงและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความต้องการใช้บริการฟันปลอมมากกว่าบริการอื่น คล้ายกับการศึกษาเรื่องการเข้ารับบริการทันตกรรมของ Chuleeporn Phaonim-mongkol ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมทดแทนมากที่สุด⁷ ส่วนผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สิทธิการรักษาทางทันตกรรม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ซึ่งต่างจากการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ ได้ศึกษาการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2552 พบ ร้อยละ 98.1 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ใช้บริการใส่ฟันเทียมเพียงร้อยละ 15.6 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้บริการใส่ฟันเทียมที่คลินิกเอกชนโดยเสียค่าใช้จ่ายเองร้อยละ 62.1 และ 58.8 ตามลำดับ⁸ ผลการประเมินระดับความพึงพอใจในการศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในผู้สูงอายุ ครั้งนี้อยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญรัตน์ สรรีระเทวิน เรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ด้านความพึงพอใจในการรับบริการมีคะแนนสูงสุด⁹

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาต่อยอดการให้บริการทางด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในเชิงรุก

เอกสารอ้างอิง

- 1.บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์ พรินตติ้งแอนด์พับลิชชิง ; 2557.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสี่ยงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ/สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพฯ ; พี เอ ลีฟวิ่ง ; 2551.
3. นิพัทธ์ สมศิริ. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานในมิติคุณภาพชีวิต. วารสารสุขศึกษา. 2558 ; 38(129) : 1-13.
4. เบญจมาศ สือพัฒน์. ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2556 ; 18(1) : 36-48.
5. Koshino H, Hirai T, Ishijima T, Tsukagoshi H, Tanaka Y. Quality of life and masticatory function in denture wearers. J Oral Rehabil. 2006 ; 3(2) : 3-9.
6. โรงพยาบาลน้ำขุน. ศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยและงานเวชระเบียนและข้อมูล Coverage UC 28 ก.พ.2562. อุบลราชธานี : โรงพยาบาล; 2562.
7. Chuleeporn Phaonimmongkol. Factors related to dental service needs of the elderly people in Bangbo subdistrict administrative organization, Samut Prakarn province . J Gerontol Geriatr Med. 2018 ; 17 : 10-19.
8. สุณี วงศ์คงคาเทพ. การใช้บริการใส่ฟันเทียมของไทย ปี 2552. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2555 ; 17(2) : 45-59.
9. เพ็ญรัตน์ สรรีระเทวิน. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารทันตภิบาล. 2562 ; 30(1) : 151-65.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการในการทำความสะอาด Laryngoscope ที่เหมาะสมเพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียใน Laryngoscope ที่ใช้ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Development of Practice Guideline for Appropriate Laryngoscope Cleaning to Reduce Bacterial Contamination in Laryngoscopes used in Roi Et Hospital

สุพัฒน์ ศรีธัญญรัตน์* ภัศราภรณ์ ศิริษา**

Supath Srithanyarat, Phatsaraporn Sirisa

Corresponding author : E-mail : supath-1963@hotmail.com

(Received : March 26,2021 ; Revised : April 2, 2021 ; Accepted : April 30, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ และศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กรอบแนวคิดในการศึกษาใช้ Evidence-based practice model ของชูชีพ (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน เก็บรวบรวมข้อมูลที่กลุ่มงานวิสัญญีและกลุ่มงานอายุรกรรม (9 หน่วยงาน) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2562 ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 38.9 ปี (SD=7.56) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 7.92 ปี (SD =5.38) การทดสอบ Adenosine Triphosphate (ATP) และเพาะเชื้อจาก Laryngoscope blade จำนวน 31 ตัวอย่าง, handle จำนวน 11 ตัวอย่าง พบว่า ค่า ATP อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ผลเพาะเชื้อพบมีแบคทีเรียปนเปื้อนร้อยละ 16 เชื้อที่พบเป็น Bacillus spp. และ Coagulase negative staphylococci ความพึงพอใจโดยรวมเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย =3.94 ; SD =0.25) แนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope ที่ได้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เมื่อใช้กับผู้ป่วยแล้วปลด Laryngoscope ใส่ในถุงพลาสติก พับปากถุงก่อนนำไปล้างทำความสะอาดให้ใช้มือจับถุงพลาสติกจรดเอวราบน้ำลาย หรือสารคัดหลั่งสิ่งปนเปื้อนออกก่อน 2) นำ Laryngoscope ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดที่ไหลจากก๊อกน้ำ 3) ใช้แปรงขนนุ่มที่มี 4% chlorhexidine scrub หรือ 7.5% povidone iodine scrub ขัดให้ทั่ว 4) ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดอีกครั้งแล้วเช็ดให้แห้ง 5) เช็ดด้วย 70% alcohol รองนแห้ง แล้วจึงเก็บในกล่องบรรจุที่สะอาดหรือใส่ถุงพลาสติกปิดให้มิดชิด 6) ก่อนการใช้งาน Laryngoscope ให้เช็ดด้วย 70% alcohol เพื่อลดการปนเปื้อน

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope ที่เหมาะสมที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนที่สำคัญ ผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าผลการทดสอบ ATP อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ผลเพาะเชื้อพบเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนลดลง ความพึงพอใจโดยรวมเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ ; Laryngoscope ; การทำความสะอาด

* , **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purposes : To development the guidelines for cleaning laryngoscope to reduce bacterial contamination and to study the results of applying the guideline and the satisfaction of nursing personnel in Roi Et Hospital.

Study design : Research and Development

Materials and Methods : was developed using the evidence-based practice model of Soukup (2000) as a conceptual framework. An evidence-based practice model had four phases which consisted of 1) Evidence triggered phase, 2) Evidence supported phase, 3) Evidence observed phase, and 4) Evidence-based phase. The study sites of this study were Anesthesiology and Internal Medicine (9 wards) of Roi Et Hospital during April 2019 to April 2021. The research instruments were practice guidelines for cleaning laryngoscope and satisfaction questionnaire for practice guidelines used. The descriptive statistics were used for all data analysis.

Main findings : of 50 study subjects all of them were female with mean age 38.9 years (SD=7.56), mean work experience 7.92 years (SD =5.38). The Adenosine Triphosphate (ATP) test, 31 laryngoscope blade culture, 11 handle culture were found ATP was in the standard 100%, positive culture 16% with *Bacillus* spp. and Coagulase negative staphylococci. The overall satisfaction of practice guidelines used was high level (mean =3.94; SD=0.25). The practice guidelines of laryngoscope cleaning consisted of 6 steps 1) after used release laryngoscope in a plastic bag, fold the mouth of the bag before washing, use hand grab plastic bag to remove the saliva or of contaminants secretion. 2) Lead laryngoscope clean with tap water that flows from the tap. 3) Brush laryngoscope with 4% chlorhexidine scrub or 7.5% povidone iodine scrub. 4) Rinse with clean tap water again and dry. 5) Wipe with 70% alcohol, wait until dry, and keep in a clean carton or plastic bag completely closed. 6) Before used laryngoscope wipe by 70% alcohol to reduce contamination.

Conclusion and recommendations : The laryngoscope cleaning guidelines of this study consisted of six important steps. After applying guideline it was found that the Adenosine Triphosphate (ATP) test result was 100% it was in the standard. The culture found bacteria contamination decrease and overall satisfaction after guideline used it was a high level.

Keywords : Practice guidelines ; Laryngoscope ; Cleaning

บทนำ

Laryngoscope เป็นอุปกรณ์ช่วยในการใส่ท่อเพื่อช่วยหายใจ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือ ด้ามจับ และ blade มีรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบการปนเปื้อน Laryngoscope ทั้งที่ด้ามจับและ blade เชื้อที่พบมีแตกต่างกันไป มีทั้งชนิดที่เป็น Normal Flora และเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การปนเปื้อนเชื้อภายหลังการใช้งาน การทำความสะอาด การพัฒนาวิธีการทำความสะอาด ทำลายเชื้อ Laryngoscope อย่างเหมาะสม และการเก็บ Laryngoscope ภายหลังการใช้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันและลดการปนเปื้อน¹ Laryngoscope blade เป็นอุปกรณ์พื้นฐานสำคัญซึ่งการดูแลทำความสะอาดที่เหมาะสมและถูกต้องตามหลักควบคุมการติดเชื้อ เป็นการลดการติดเชื้อที่อาจนำไปสู่ผู้ป่วยอื่นและลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มความคุ้มค่าและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการควบคุมการติดเชื้อ² Laryngoscope เป็นอุปกรณ์ที่ใช้บ่อยในห้องผ่าตัดและต้องมีการทำความสะอาดของทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงานในโรงพยาบาล ภายหลังการใช้ Laryngoscope จะมีการปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งในช่องปาก ช่องคอ และบางครั้งอาจมีคราบเลือดปนเปื้อนด้วย การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการจัดเก็บที่ไม่ดีจะทำให้เกิดการปนเปื้อน มีรายงานพบการระบาดของเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Serratia marcescens* ทำให้เด็กเสียชีวิตมีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียใน Laryngoscope¹ การปนเปื้อน Laryngoscope จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Beamer and Cox (1999) ได้เพาะเชื้อจาก Laryngoscope blade ในห้องผ่าตัด 20 ตัวอย่างพบว่าขึ้นเชื้อ 12 ตัวอย่าง เป็น Normal Flora 11 ตัวอย่าง และ Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* 1 ตัวอย่าง³ การศึกษาของ Call และคณะ (2009) ทำการศึกษาการปนเปื้อนด้ามจับ Laryngoscope ในห้องผ่าตัดจำนวน 40 ตัวอย่าง ผลการศึกษพบการปนเปื้อนแบคทีเรีย 30 ตัวอย่าง เป็น coagulase-negative staphylococci ร้อยละ 62.5 *Bacillus* spp. *Not anthracis* ร้อยละ 17.5 α -hemolytic *Streptococcus* spp. ร้อยละ 7.5 และ *Enterococcus* spp. ร้อยละ

2.5 แต่ไม่พบเชื้อดื้อยา vancomycin-resistant enterococci, methicillin resistant *S. aureus*, Gram negative rods ผลของการศึกษานี้สนับสนุนให้มีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในเรื่องของการทำลายเชื้อ Laryngoscope ที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย⁴ การศึกษาของ Williams และคณะ (2010) ศึกษาการปนเปื้อนของด้ามจับ Laryngoscope โดยการเพาะเชื้อจำนวน 64 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนเชื้อ 55 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 86.0 เชื้อที่พบ ได้แก่ Enterococci, methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* spp. และ *Acinetobacter* spp.⁵ การศึกษาของ Simmons (2000) เพาะเชื่อด้ามจับ laryngoscope ที่ใช้ในห้องผ่าตัด จำนวน 20 ตัวอย่าง พบเชื้อแบคทีเรีย 20 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100 โดย 9 ตัวอย่างเป็นเชื้อดื้อยาหลายชนิด ได้แก่ เชื้อ *Staphylococcus aureus*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa* และ *Enterococcus* spp.⁶

การทำความสะอาด Laryngoscope จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Chen YH และคณะ(2006) ศึกษาประสิทธิภาพของถุงยางอนามัยที่นำมาหุ้ม Laryngoscope blade จำนวน 162 ตัวอย่าง ทำความสะอาด Laryngoscope ทำโดยการล้างและทำลายเชื้อด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ Cidex นานอย่างน้อย 20 นาที พบว่า Laryngoscope blade กลุ่มที่มีถุงยางหุ้ม พบการปนเปื้อนแบคทีเรียน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีถุงยางหุ้ม⁷ การศึกษาของ สุพัฒตรา ศรีพอ และคณะ ได้ทำการศึกษาหาอัตราการปนเปื้อนของ Laryngoscope blade ภายหลังการทำความสะอาดด้วยฮิปีสครับ (Hibiscrub) ความเข้มข้น 4 เปอร์เซ็นต์ แล้วเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้น 70 เปอร์เซ็นต์ ร่วมกับการใช้ถุงพลาสติกที่สะอาดหุ้มโดยทำการศึกษา Laryngoscope blade แบบโคงเบอร์ 3 ก่อนการใช้งานของห้องผ่าตัดจำนวน 99 ตัวอย่าง ผลการเพาะเชื้อ พบมีอัตราการปนเปื้อนเชื้อ 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 2.02 เชื้อที่พบคือ Coagulase negative *Staphylococcus* และ *Streptococcus* spp. จะเห็นว่าวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธี chemical sterilization ของ Laryngoscope blade ด้วยฮิปีสครับความเข้มข้น 4 เปอร์เซ็นต์ แล้วเช็ด

ด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้น 70 เปอร์เซ็นต์ ร่วมกับการใช้ถุงพลาสติกที่สะอาดหุ้มมีอัตราการตรวจพบเชื้อต่ำและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน^๖ การศึกษาของ นันตสรณ์ สัญจน์บุญยะกุล ทำการศึกษาการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของ Laryngoscope blade และด้ามจับเพื่อประเมินประสิทธิภาพในการล้างทำความสะอาด Laryngoscope โดยการทำทำความสะอาด Laryngoscope ของงานวิสัญญีโรงพยาบาลศิริราช มีขั้นตอนดังนี้ 1) นำ blade ไปล้างด้วยน้ำประปาสะอาดที่ไหลจากก๊อกน้ำ 2) ใช้แปรงที่มี 4% chloexidine scrub หรือ 7.5% povidone iodine scrub ขัดให้ทั่ว (3) ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดอีกครั้งแล้วเช็ดให้แห้ง 4) เช็ดด้วย 70% alcohol รองนแห้ง แล้วจึงเก็บในกล่องบรรจุที่สะอาด หรือใส่ถุงพลาสติก ซิลปิดให้มิดชิด ผลการศึกษา Laryngoscope blade ทั้งหมด 71 อัน Laryngoscope handle 42 อัน พบว่า Laryngoscope blade ไม่ขึ้นเชื้อ 16 ตัวอย่าง ขึ้นเชื้อ 55 ตัวอย่าง โดยส่วนมากเป็นเชื้อที่ไม่ก่อโรค ส่วน handle ไม่ขึ้นเชื้อ 7 ตัวอย่าง แสดงว่าการทำความสะอาด blade หลังการใช้งานมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรค^๗

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนเตียง 820 เตียง ในแต่ละปีมีผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวนมากจากการประกาศ ในปี พ.ศ.2561 เชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ Escherichia coli, Acinetobacter baumannii, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa (ข้อมูลจากกลุ่มงาน IC โรงพยาบาลร้อยเอ็ด) ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงได้มีการประกาศนโยบายการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแบบบูรณาการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในวันที่ 12 มีนาคม 2562 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีความมุ่งมั่นในการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บุคลากรและโรงพยาบาลโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง งานง่ายกลางเป็นหน่วยงานหนึ่งในทีมซึ่งมีหน้าที่ในการทำมาสะอาดทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ทุกชนิด Laryngoscope เป็นอุปกรณ์ช่วยในการใส่ท่อเพื่อช่วยหายใจ ที่มีใช้ในกลุ่ม

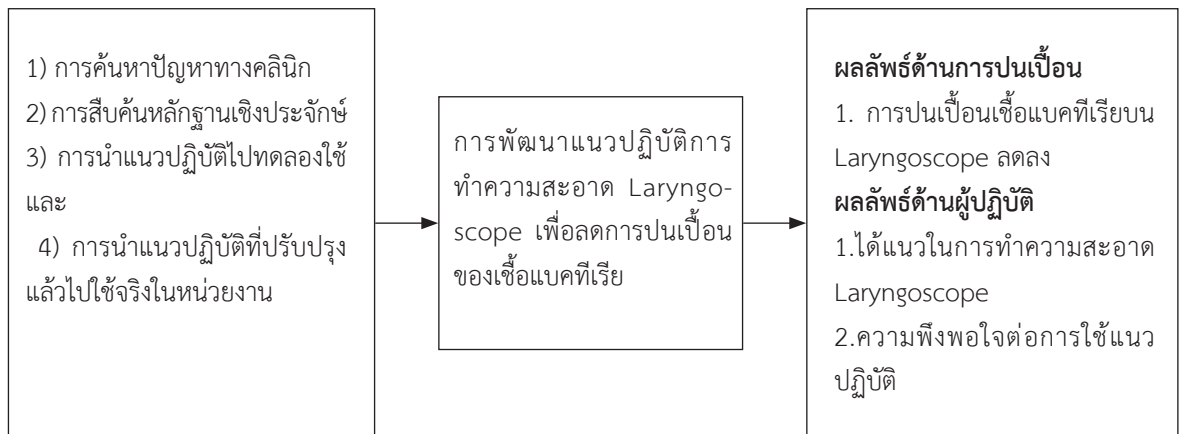
งานวิสัญญีและทุกหน่วยงานที่มีรหัสช่วยชีวิตฉุกเฉิน (รช Emergency) ในโรงพยาบาล มีการทำความสะอาดการทำลายเชื้อที่หลากหลายตามนโยบายของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งส่วนประกอบที่สำคัญของ Laryngoscope มี 2 ส่วนคือ ด้ามจับ และ Blade มีรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียบน Laryngoscope ทั้งที่ด้ามจับและ Blade เชื้อที่พบมีแตกต่างกันไป มีทั้งชนิดที่เป็น Normal Flora และเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การปนเปื้อนเชื้อภายหลังการใช้งานก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการและอาจจะทำให้เกิดการระบาดของเชื้อโรคในโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงโดยเฉพาะถ้าติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาด้านจุลชีพ การทำความสะอาด การพัฒนาวิธีการทำความสะอาด การทำลายเชื้อ Laryngoscope อย่างเหมาะสม และการเก็บ Laryngoscope ภายหลังการใช้งานเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันและลดการปนเปื้อนของเชื้อโรคซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยเมื่อเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้และในปัจจุบันการทำมาสะอาด Laryngoscope ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีความแตกต่างกันไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ และศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาโดยใช้ Evidence-based practice model ของชูชีพ10 เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิด Evidence-based practice model ของชูศักดิ์¹⁰

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพสังกัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานวิสัญญีและกลุ่มงานอายุรกรรม (9 หน่วยงาน) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 50 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก คือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานวิสัญญีและกลุ่มงานอายุรกรรม (9 หน่วยงาน) เป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกพยาบาลที่ไม่ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการทำทำความสะอาด Laryngoscope โดยใช้กรอบแนวคิด Evidence-based practice model ของชูศักดิ์¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่งที่สำคัญ ได้แก่

1.ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) พบว่า Laryngoscope ที่ใช้ในหอผู้ป่วยมีไม่เพียงพอต่อการใช้งานและเป็นอุปสรรคทางการแพทย์เพียงชนิดเดียวที่งานจ่ายกลางไม่ได้ทำให้ปราศจากเชื้อจากปัญหาดังกล่าวงาน

จ่ายกลางจึงดำเนินการสำรวจและศึกษาถึงขั้นตอนการทำทำความสะอาด Laryngoscope พบว่าหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีการทำความสะอาดด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) หลังใช้งานเสร็จล้างด้วยน้ำยาล้างจาน 2) ฟlingให้แห้งที่ข้างอ่างล้างภาชนะที่หอผู้ป่วย 3) เก็บในกล่องสำหรับเก็บ Laryngoscope เพื่อรอการใช้งาน

ส่วนกลุ่มงานวิสัญญีมีวิธีทำความสะอาด Laryngoscope ด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) เมื่อใช้งานเสร็จ นำ Laryngoscope Blade แช่ใน Enzymatic Detergent (ผสม 5 ซีซีต่อน้ำ 1 ลิตร) 2) ล้างด้วยน้ำสะอาดแรงด้วยแปรง scrub ด้วย 7.5% povidone iodine scrub หรือ 4% chlorhexidine 3) ล้างให้สะอาดและเช็ดด้วยผ้าสะอาดให้แห้ง แล้วนำกลับไปเก็บที่รถดมยาโดยมีผ้าสะอาดคลุม(ผ้าสะอาดเปลี่ยนทุกเวร) ส่วน Handle ทำความสะอาดโดยการเช็ดด้วย Alcohol 70% เมื่อแห้งแล้วเก็บในกล่องเดิมซึ่งจะเห็นว่า การทำความสะอาด Laryngoscope ของหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังมีความแตกต่างกันและไม่มีแนวปฏิบัติที่เหมือนกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่าง Laryngoscope จากหอผู้ป่วย เพื่อทำการเพาะเชื้อโดยดำเนินการ Swab Handle Laryngoscope จำนวน 11 ตัวอย่าง Laryngoscope Blade จำนวน 31 ตัวอย่าง เพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 29 พฤษภาคม 2562 ผลพบว่า หอผู้ป่วยที่ 1 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified, Bacillus

spp. ใน Blade หอผู้ป่วยที่ 2 พบเชื้อ Coagulase negative staphylococci ใน Handle และพบ Bacillus spp. ใน Blade หอผู้ป่วยที่ 3 พบเชื้อ Coagulase negative staphylococci ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified ใน Blade หอผู้ป่วยที่ 4 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Blade เท่านั้น หอผู้ป่วยที่ 5 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle และพบ Gram positive bacilli unidentified ใน Blade หอผู้ป่วยที่ 6 ไม่พบเชื้อทั้ง Handle และ Blade หอผู้ป่วยที่ 3 พบเชื้อ Coagulase negative staphylococci ใน Handle และพบ Bacillus spp. , Gram positive bacilli unidentified ใน Blade หอผู้ป่วยที่ 7 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle ไม่พบเชื้อที่ Blade หอผู้ป่วยที่ 8 พบเชื้อ Bacillus spp. ใน Handle และพบ Bacillus spp. , Micrococcus spp. ใน Blade หอผู้ป่วยที่ 9 พบเชื้อ Enterococcus faecium ใน Handle ไม่พบเชื้อที่ Blade หอผู้ป่วยที่ 10 พบเชื้อ Micrococcus spp. ที่ Blade จะเห็นว่าการทำความสะอาดที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อใน Laryngoscope ได้

2. จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggered) จากการทบทวนวรรณกรรมและ แหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดพบว่า การทำความสะอาดและ การจัดเก็บหลังการใช้งานของ Laryngoscope ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรค จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัติของสุพัฒรา ศรีพอ^๑ และ นันตสรณ์ สัญญะบุญยะกุล^๑ มาพัฒนาเป็นแนวทางในการทำความสะอาด Laryngoscope blade ดังนี้ 1) เมื่อใช้กับผู้ป่วยแล้วปลด Laryngoscope ใส่ในถุงพลาสติก ปิดปากถุงก่อนนำไปล้างทำความสะอาด ให้ใช้มือจับถุงพลาสติกกรุณาอย่าใช้น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งสิ่งปนเปื้อนออกก่อน 2) นำ blade ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดที่ไหลจากก๊อกน้ำ 3) ใช้แปรงขนนุ่มที่มี 4% chlorhexidine scrub หรือ 7.5% povidone iodine scrub ขัดให้ทั่ว 4) ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดอีกครั้งแล้วเช็ดให้แห้ง 5) เช็ดด้วย 70% alcohol รอจนแห้ง แล้วจึงเก็บในกล่องบรรจุที่สะอาดปิด

ให้มิดชิด และ 6) ก่อนการใช้งาน Laryngoscope ให้เช็ดด้วย 70% alcohol เพื่อลดการปนเปื้อนการเก็บ Laryngoscope ในถุงพลาสติกที่สะอาด อาจจะช่วยลดการปนเปื้อนเชื้อได้ ซึ่งต้องทำการศึกษาต่อไป สำหรับการทำความสะอาดตามจับ Laryngoscope ให้จัดสิ่งปนเปื้อนออกก่อน แล้วเช็ดด้วย 70% alcohol เก็บใน กล่องบรรจุที่สะอาด กล่องบรรจุให้ล้างทำความสะอาด ด้วยน้ำผสมน้ำยาทำความสะอาด และทำให้แห้งทุกครั้งภายหลังการใช้

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้นเพื่อกำหนดขอบเขตในการค้นคว้าข้อมูลงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ การทำความสะอาด Laryngoscope เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดควรเป็นอย่างไร โดยการค้นคว้าใช้กรอบแนวคิดของ PICO ดังนี้ P (Population) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด I (Intervention) คือ การทำความสะอาด Laryngoscope C (Comparison) คือ ไม่มีการเปรียบเทียบ O (Outcome) คือ การตรวจพบเชื้อใน Laryngoscope ลดลงและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2. ขอบเขตในการสืบค้นคือใช้หลักฐานที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008- 2021 ทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ

3. ใช้คำสำคัญในการสืบค้นประกอบด้วย แนวปฏิบัติ, Laryngoscope, Disposable laryngoscope blades, การทำความสะอาด

4. กำหนดแหล่งในการสืบค้น ประกอบด้วย สืบค้นงานวิจัยเดี่ยวจากฐานข้อมูล ThaiLIS, PubMed, Google Scholar, Thai JO, Google.com สืบค้นในฐานข้อมูลที่เป็น การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จาก PubMed, Google Scholar, Google.com สืบค้นในฐานข้อมูล Guidelines จาก PubMed, Google Scholar, Google.com

5. กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งแบ่งงานวิจัยเป็น 7

ระดับ ดังนี้ คือ ระดับ 1 (Level I) หมายถึงงานวิจัยที่ได้จากการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ระดับ 2 (Level II) หมายถึงงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือกึ่งทดลอง ระดับ 3 (Level III) หมายถึง งานวิจัยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัย การหาความสัมพันธ์ ระดับ 4 (Level IV) หมายถึง การใช้งานวิจัยหาความสัมพันธ์ ระดับ 5 (Level V) หมายถึง การวิจัยแบบการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ ระดับ 6 (Level VI) หมายถึง การใช้งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ ระดับ 7 (Level VII) หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

6. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มาประเมินคุณค่าและจัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้ เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ แล้วนำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาด Laryngoscope ที่นำมาใช้ในงานวิจัย ได้ 20 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยระดับ 1 (Level I) วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 (Level II) คือ งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือกึ่งทดลอง จำนวน 15 เรื่อง ระดับ 3 (Level III) หมายถึง งานวิจัยการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยการหาความสัมพันธ์จำนวน 0 เรื่อง ระดับ 4 (Level IV) หมายถึง การใช้งานวิจัยการหาความสัมพันธ์ จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 5 (Level V) หมายถึง การวิจัยแบบการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 6 (Level VI) หมายถึงการใช้งานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพจำนวน 0 เรื่อง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติแล้วนำไปตรวจสอบมาตรฐาน คุณภาพการทดลองใช้และการประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ยกร่างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะการปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติหลังจากนั้นจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติในการทำความสะดวก Laryngoscope ซึ่งจากการสังเคราะห์แล้วได้แนวปฏิบัติในการทำความสะดวก 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) นำ blade ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดที่ไหลจากก๊อกน้ำ 2) ใช้แปรงขนนุ่มที่มี 4% chlorhexidine scrub หรือ 7.5% povidone iodine scrub ขัดให้ทั่ว 3) ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดอีกครั้งแล้วเช็ดให้แห้ง 4) เช็ดด้วย 70% alcohol รองนแห้ง แล้วจึงเก็บในกล่องบรรจุที่สะอาด หรือใส่ถุงพลาสติก ปิดให้มิดชิด 5) ก่อนการใช้งาน Laryngoscope ให้เช็ดด้วย 70% alcohol เพื่อลดการปนเปื้อนการเก็บ Laryngoscope ในถุงพลาสติกที่สะอาด อาจจะช่วยลดการปนเปื้อนเชื้อได้ ซึ่งต้องทำการศึกษาต่อไป สำหรับการทำความสะอาดตามจับ Laryngoscope ให้ขัดสิ่งปนเปื้อนออกก่อน แล้วเช็ดด้วย 70% alcohol เก็บในกล่องบรรจุที่สะอาด กล่องบรรจุให้ล้างทำความสะอาด ด้วยน้ำผสมน้ำยาทำความสะอาด และทำให้แห้งทุกครั้งภายหลังการใช้

2. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ มีการดำเนินการ คือ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่างแล้ว ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยเกณฑ์การตัดสินใจ 3 ระดับ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติที่ สร้างขึ้นมาประชุมชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและการเก็บข้อมูลตาม แบบประเมินคุณภาพ การปฏิบัติ และนำไปทดลองใช้กับหอผู้ป่วยที่ไม่ได้เก็บตัวอย่าง Laryngoscope มาเพาะเชื้อจำนวน 30 คน จากนั้นนำผลการประเมินในแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติมาหาค่าความเชื่อมั่น

อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.95 สรุปผลและวิเคราะห์ผล รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ นำเสนอในที่ประชุมหลังจากนั้นจึงนำแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงมาใช้

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) หลังจากได้พัฒนาแนวปฏิบัติเป็นที่เรียบร้อยแล้วจะดำเนินการต่อในระยะที่ 4 คือการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติจริง โดยดำเนินการดังนี้ 1) นำแนวปฏิบัติเข้าประชุมคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค ติดเชื้อในโรงพยาบาลและเสนอต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและมีการปรับให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง 2) ประกาศใช้แนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียและใช้เป็นระเบียบปฏิบัติเดียวกันทั้งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และชี้แจงการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการทำความสะอาด Laryngoscope แก่บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการนำไปใช้ 3) เสนอขออนุมัติผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อนำแนวปฏิบัติในการทำ ความสะอาด Laryngoscope เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียและใช้เป็นระเบียบปฏิบัติเดียวกันทั้งโรงพยาบาล 4) ประเมินกระบวนการในการทำ ความสะอาด Laryngoscope ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบให้เลือกลงตามวิธี Likert Scale โดยแบบสอบถามจำนวน 1 ชุดประกอบด้วย 2 ส่วนโดยส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นแบบสำรวจความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยแผนก

อายุรกรรม 1 ท่านและมีการตรวจสอบ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนการนำไปใช้จริง การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับจำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) โดยได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 0.95

การเก็บสิ่งส่งตรวจจาก Laryngoscope เพื่อเพาะเชื้อ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อขอเก็บข้อมูล 2) ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีเพื่อขอเก็บข้อมูล 3) สำรอง Laryngoscope โดยมีรายละเอียดคือ ยี่ห้อ จำนวน และคู่มือในการทำ ความสะอาดและการทำให้ปราศจากเชื้อหรือไม่และวิธีทำความสะอาด Laryngoscope ของแต่ละหน่วยงาน 4) ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และหัวหน้าห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาเพื่อขอส่ง swab ของ Laryngoscope เพื่อตรวจเพาะเชื้อ 5) ป้าย Swab Laryngoscope ส่งตรวจห้องปฏิบัติการ 6) บันทึกข้อมูลลงผลการตรวจเพาะเชื้อในโปรแกรม Excel แล้วตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง หากพบว่าข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกันจะต้องนำข้อมูลไปตรวจสอบกับต้นฉบับและแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ของข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเลขที่ RE046/2562 ดำเนินการตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสอบถามข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะผลการวิจัยและการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

แก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด จะรักษาความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะไม่นำข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างไปเปิดเผยต่อสาธารณชน ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้นหลักฐานหรือเอกสารทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วยเมื่อทำการวิจัยเสร็จต้องทำลายเอกสารทิ้งทั้งหมดโดยการเผาทำลาย

การประมวลผลข้อมูล ขั้นตอนดังนี้ 1) ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล 2) บันทึกข้อมูลลงตามรหัสข้อมูลในโปรแกรม Excel โดยนักวิจัยแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3) หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกันจะต้องนำข้อมูลไปตรวจสอบกับต้นฉบับและแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป 4) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม

และถูกต้องกับรูปแบบการวิจัย 5) การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลอัตโนมัติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นสถิติเชิงพรรณนาใช้ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 50 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 38.9 ปี (SD=7.56) ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (88.00%) ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 7.92 ปี (5.38) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=50)

ตัวแปร	จำนวน(%)
อายุ (ปี)	
≤30	8(16.00)
31-40	20(40.00)
41-50	18(36.00)
≥ 51	4(8.00)
ค่าเฉลี่ย (SD.)	38.9(7.56)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	44(88.00)
สูงกว่าปริญญาตรี	6(12.00)
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง	
พยาบาลวิชาชีพ	50(100.00)
ประสบการณ์ทำงาน(ปี)	
≤10	36(72.00)
>10	14(28.00)
ค่าเฉลี่ย(SD)	7.92(5.38)

2. แนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย เพื่อให้ใช้เป็นระเบียบปฏิบัติเดียวกันทั้งโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เมื่อใช้กับผู้ป่วยแล้วปลด Laryngoscope ใส่ในถุงพลาสติก พับปากถุงก่อนนำไปล้างทำความสะอาดให้ไข่มือจับถุงพลาสติก รูดเอาคราบน้ำลาย หรือสารคัดหลั่ง สิ่งปนเปื้อนออกก่อน 2) นำ Laryngoscope ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดที่ไหลจากก๊อกน้ำ 3) ใช้แปรงขนนุ่มที่มี 4% chlorhexidine scrub หรือ 7.5% povidone iodine scrub ขัดให้ทั่ว 4) ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดอีกครั้งแล้วเช็ดให้แห้ง 5) เช็ดด้วย 70% alcohol รอจนแห้ง แล้วจึงเก็บในกล่องบรรจุที่สะอาด หรือใส่ถุงพลาสติก ปิดให้มิดชิด 6) ก่อนการใช้งาน Laryngoscope ให้เช็ดด้วย 70% Alcohol เพื่อลดการปนเปื้อนการเก็บ Laryngoscope ในถุงพลาสติกที่สะอาด อาจจะช่วยลดการปนเปื้อนเชื้อได้สำหรับการทำความสะอาดตามจับ laryngoscope ให้ขจัดสิ่งปนเปื้อนออกก่อน แล้วเช็ดด้วย 70% alcohol เก็บในกล่องบรรจุที่สะอาด กล่องบรรจุให้ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำผสมน้ำยา

ทำความสะอาดและทำให้แห้งทุกครั้งภายหลังการใช้

3. ผลของการนำแนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope ไปใช้ การตรวจสอบความสะอาดด้วย ATP Test เพื่อตรวจสอบหาสาร Adenosine Triphosphate (ATP) จากสิ่งปนเปื้อนทางคลินิกหรือเชื้อโรค เช่น คราบเลือด สารคัดหลั่ง เนื้อเยื่อ ฟิล์มชีวภาพ (Biofilm) ที่อาจมีตกค้างหรือหลงเหลือจากขั้นตอนการล้างและทำความสะอาดที่ไม่เหมาะสม และศึกษาการเพาะเชื้อจาก Laryngoscope blade จำนวน 31 ตัวอย่าง, handle จำนวน 11 ตัวอย่าง รวม 42 ตัวอย่างพบว่า ค่า ATP อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 ผลการเพาะเชื้อมีเชื้อจุลินทรีย์ขึ้นผลเป็นบวก ภายหลังการทำความสะอาดด้วย 4% chlorhexidine scrub ล้างด้วยน้ำประปาสะอาดอีกครั้งแล้วเช็ดให้แห้งเช็ดด้วย 70% alcohol รอจนแห้งใส่ถุงพลาสติกปิดให้มิดชิดแล้วจึงเก็บในกล่องบรรจุที่สะอาด จำนวน 7 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 16 เชื้อที่พบเป็น *Bacillus* spp. และ *Coagulase negative staphylococci* ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการนำแนวปฏิบัติการทำความสะอาด Laryngoscope ไปใช้

ผลการเพาะเชื้อ Laryngoscope ก่อนและหลังการใช้วิธีการล้างแบบใหม่					
ลำดับ	รายการ	ATP* ก่อน Intervention	ATP หลัง Intervention	ผลเพาะเชื้อก่อน Intervention	ผลเพาะเชื้อหลัง Intervention
1	Handle Laryngoscope (H1)	2,385	115	<i>Bacillus spp.</i> >100 colony	<i>Bacillus spp.</i> >100 colony
2	Laryngoscope Blade (B1/4)	5,103	114	<i>Bacillus spp.</i> >100 colony	>100 colony <i>Coagulase negative staphylococci</i>
3	Handle Laryngoscope (H2)	2,809	112	<i>Coagulase negative staphylococci.</i> 30 colony	No growth after 2 day
4	Laryngoscope Blade (B2/4)	572	95	No growth after 2 day	No growth after 2 day
5	Handle Laryngoscope (H3)	654	111	<i>Coagulase negative staphylococci.</i> 50 colony	>100 colony <i>Coagulase negative staphylococci</i>
6	Laryngoscope Blade (B3/4)	2,288	84	No growth after 2 day	>100 colony <i>Coagulase negative staphylococci</i>
7	Handle Laryngoscope (H4)	5,587	75	No growth after 2 day	<i>Bacillus spp.</i> >100 colony
8	Laryngoscope Blade (B4/4)	28	65	<i>Bacillus spp.</i> 50 colony	No growth after 2 day
9	Handle Laryngoscope (H5)	1,315	86	<i>Bacillus spp.</i> >100 colony	<i>Bacillus spp.</i> >100 colony
10	Laryngoscope Blade (B5/4)	1,895	44	Gram positive bacilli unidentified 40 colony	>100 colony <i>Coagulase negative staphylococci</i>

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลการนำแนวปฏิบัติการทำความสะอาด Laryngoscope ไปใช้

ผลการเพาะเชื้อ Laryngoscope ก่อนและหลังการใช้วิธีการล้างแบบใหม่					
ลำดับ	รายการ	ATP* ก่อน Intervention	ATP หลัง Intervention	ผลเพาะเชื้อก่อน Intervention	ผลเพาะเชื้อหลัง Intervention
11	Handle Laryngoscope (H6)	1,076	117	No growth after 2 day	Bacillus spp. >100 colony
12	Blade (B6/4)	4,578	73	No growth after 2 day	No growth after 2 day

*ATP ค่าปกติ 200 RLU

4. ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จากการสำรวจความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จากพยาบาลทั้งหมด 50 คน พบว่าความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean=3.99,SD=0.21) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติในการทำ ความสะอาด Laryngoscope อยู่ในระดับมาก (Mean=3.89,SD=0.30) ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (Mean=3.91,SD=0.32)รายละเอียดเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความครอบคลุมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.85,SD=0.15) แนว

ปฏิบัติมีขั้นตอนการทำ ความสะอาด Laryngoscope ที่ชัดเจน อยู่ในระดับมาก (Mean= 3.91,SD=0.17) ความมั่นใจในการใช้ Laryngoscope หลังใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก (Mean= 3.93,SD=0.30) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานอยู่ในระดับมาก (Mean=4.00,SD=0.24) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ในหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (Mean= 4.00,SD=0.31) ความพึงพอใจของท่านโดยรวมเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการทำความสะอาด Laryngoscope อยู่ในระดับมาก (Mean= 3.94,SD=0.25) ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจ (n=50)

ข้อคำถาม	ระดับคะแนนความพึงพอใจ
	Mean(SD.)
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	3.99(0.21)
2. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope	3.89(0.30)
3. ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	3.91(0.32)
4. รายละเอียดเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความครอบคลุม	3.85(0.15)
5. แนวปฏิบัติมีขั้นตอนการทำความสะอาด Laryngoscope ที่ชัดเจน	3.91(0.17)
6. ความมั่นใจในการใช้ Laryngoscope หลังใช้แนวปฏิบัติ	3.93(0.30)
7. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงาน	4.00(0.24)
8. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.00(0.31)
9. ความพึงพอใจโดยรวม	3.94(0.25)

วิจารณ์

Laryngoscope เป็นอุปกรณ์ช่วยในการใส่ท่อเพื่อช่วยหายใจ มีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน คือด้ามจับ และ blade มีรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบการปนเปื้อน Laryngoscope ทั้งที่ด้ามจับและ blade เชื้อที่พบมีแตกต่างกันไป มีทั้งชนิดที่เป็น Normal Flora และเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การปนเปื้อนเชื้อภายหลังจากการใช้งาน ก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ ทำให้เกิดการระบาดของเชื้อโรคในโรงพยาบาล และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การทำความสะอาด การพัฒนาวิธีการทำความสะอาด ทำลายเชื้อ Laryngoscope อย่างเหมาะสม และการเก็บ Laryngoscope ภายหลังการใช้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันและลดการปนเปื้อน จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วย และบุคลากรเกิดความปลอดภัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการร่วมมือ ร่วมใจและทำงานร่วมกัน ของงานจ่ายกลาง (Central Supply Sterile Department ; CSSD) งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทำให้เกิดพลังขับเคลื่อน กระตุ้นหน่วยงานอื่นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สร้างความร่วมมือเพื่อผลประโยชน์ต่อผู้รับบริการและต่อบุคลากร (2 P Safety) อีกทั้งเป็นการ

ร่วมมือกัน (Collaboration) เพื่อเป็นส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด การพัฒนาแนวปฏิบัติในการทำความสะอาด Laryngoscope ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพาะเชื้อใน Laryngoscope พบเชื้อก่อโรคร้อยละ 22 โดยหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมดำเนินการเป็นแผนกอายุรกรรม 9 หน่วยงานได้แก่ MICU1, MICU2, อายุรกรรมหญิง2, อายุรกรรมหญิง3, CCU, Stoke unit, อายุรกรรมชาย2, อายุรกรรมชาย3, อายุรกรรมชาย4 โดยแนวปฏิบัติใหม่ที่ใช้ในการทำความสะอาด Laryngoscope เมื่อใช้กับผู้ป่วยแล้วปลด blade ใส่ในถุงพลาสติก ปิดปากถุงก่อนนำไปล้างทำความสะอาด ให้ใช้มือจับถุงพลาสติก รูดเอากรอบน้ำลาย หรือสารคัดหลั่งสิ่งปนเปื้อนออกก่อน จึงล้างด้วยน้ำประปาไหลตลอดสาย ใช้แปรงขัดขนนุ่ม เช่น แปรงสีฟัน ด้วยน้ำยา 4% Chlorhexidine หรือ 7.5% povidone iodine scrub ขัดล้างให้สะอาด และล้างตามด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง เช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาด และเช็ดตามด้วยสาลี Alcohol 70 % เมื่อแห้งดีแล้วเก็บใส่ถุงพลาสติกปิดปากถุงด้วยเทปใส เก็บในกล่องสะอาดพร้อมใช้งานในครั้งต่อไป ผลการศึกษา

ความสะอาดหลังการใช้แนวปฏิบัติในการทำความสะดวก
Laryngoscope พบว่าการทดสอบ ATP Test เพื่อตรวจสอบหาสาร Adenosine Triphosphate (ATP) จาก Laryngoscope blade จำนวน 31 ตัวอย่าง, handle จำนวน 11 ตัวอย่าง พบว่า 23 ตัวอย่างตรวจพบค่า ATP อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 75 ผลเพาะเชื้อพบ Bacillus spp.>100 colony ใน Laryngoscope blade จำนวน 12 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 52.17 และพบ Streptococcus group D not enterococcus ใน Laryngoscope blade จำนวน 1 ตัวอย่างเป็นร้อยละ 4.35 ผลเพาะเชื้อ Laryngoscope Handle พบ Bacillus spp.>100 colony จำนวน 6 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 26.09 No growth after 2 day จำนวน 4 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 17.39 ผลการศึกษาสรุปว่า พบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่ Laryngoscope ทั้ง Blade และ Handle (ด้ามจับ) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบเชื้อดื้อยา vancomycin-resistant enterococci, methicillin resistant S. aureus หรือเชื้อไวรัสที่ก่อโรคในระบบทางเดินหายใจ ผลการศึกษานี้ยังไม่สนับสนุนการล้าง Laryngoscope blade ที่หน่วยงานด้วยวิธีเดิมเพราะ Laryngoscope อยู่ในกลุ่ม Semi critical item ซึ่ง AORN Guideline ,CDC Guideline recommendation ให้ใช้ High level disinfectant หรือ Sterilization เท่านั้น ฉะนั้นการล้างด้วยน้ำยา 4% chlorhexidine เป็นเพียง Low level disinfectant เท่านั้นจึงไม่เพียงพอในการทำลายเชื้อ ควรมีการใช้แนวปฏิบัติใหม่ในการทำความสะดวกแบบใหม่ใช้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลและความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลนี้กับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารเห็นความสำคัญได้อนุมัติ ชุด Laryngoscope จำนวน 40 ชุดเพื่อการทำความสะดวกและทำให้ปราศจากเชื้อโดยการ Sterilization ตามมาตรฐานสากล โดยความพึงพอใจโดยรวมของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สำหรับจุดแข็งของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือการ

ร่วมมือร่วมใจและทำงานร่วมกัน ของงานจ่ายกลาง (Central Supply Sterile Department ; CSSD) งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มงานวิสัญญี และกลุ่มงานอายุรกรรมทำให้เกิดพลังขับเคลื่อน ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สร้างความร่วมมือเพื่อผลประโยชน์ต่อผู้รับบริการและต่อบุคลากร (2 P Safety) อีกทั้งเป็นการร่วมมือกัน (Collaboration) ในการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. Laryngoscope blade จัดอยู่ในกลุ่ม Semi-critical item เครื่องมือในกลุ่มนี้จะสัมผัสกับเยื่อของร่างกาย (Mucous membrane) ทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่ไม่ได้เข้าไปในเนื้อเยื่อ เครื่องมือเครื่องใช้ต้องไม่มีเชื้อโรคและสปอร์ของแบคทีเรียจึงต้องทำลายเชื้อก่อนใช้
2. การทำลายเชื้อกลุ่ม Semi-critical item อย่างน้อยต้องทำลายเชื้อด้วยน้ำยาทำลายเชื้อระดับสูง (High level disinfection) ได้แก่ glutaraldehyde , chlorine dioxide และดีที่สุดคือ การทำ sterilization ด้วย ความร้อนสูง (Autoclave) หรือความร้อนต่ำ (Hydrogen plasma) หรือตาม IFU (Instruction For Use) ของเครื่องมือแต่ละบริษัท
3. เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร โรงพยาบาลควรจัดซื้ออุปกรณ์ให้เพียงพอในการหมุนเวียนการทำความสะดวกและการทำให้ปราศจากเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ที่ปรึกษาโครงการที่ได้ให้คำแนะนำและแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัยมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณกลุ่มงานวิสัญญี กลุ่มงานอายุรกรรม (9หน่วยงาน) กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่งานจ่ายกลาง และบุคลากรของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยาณี ศุระศรางค์ . การปนเปื้อนของ laryngoscope และการทำความสะอาดที่เหมาะสม. วารสารควบคุมโรค. 2559 ; 42(3) : 176-183.
2. ชารินี บัวสุข, สหิสา หมั่นดี. การทำความสะอาด Laryngoscope blade หลังการระงับความรู้สึกตามหลักการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลศิริราช. วิสัณยสาร. 2563 ; 46(3) : 167-76.
3. Beamer JE, Cox RA. MRSA contamination of a laryngoscope blade: a potential vector for cross infection. Anaesthesia. 1999 ; 54(10) : 1010-1.
4. Call TR, Auerbach FJ, Riddell SW, Kiska DL, Thongrod SC, Tham SW, et al. Nosocomial contamination of laryngoscope handles : challenging current guidelines. Anesth Analg. 2009 ; 109(2) : 479-83.
5. Williams D, Dingley J, Jones C, Berry N. Contamination of laryngoscope handles. J Hosp Infect. 2010 ; 74(2) : 123-8.
6. Simmons SA. Laryngoscope handles: a potential for infection. AANA J. 2000 ; 68(3) : 233-6.
7. Chen Y-H, Wong K-L, Shieh J-P, Chuang Y-C, Yang Y-C, So EC. Use of condoms as blade covers during laryngoscopy, a method to reduce possible cross infection among patients. J Infect. 2006 ; 52(2) : 118-23.
8. สุพัฒตรา ศรีพอ, สุหทัยา บุญมาก, พลพันธ์ บุญมาก, ทิพย์วรรณ มุกนำพร, เพ็ญวิสา แนวทอง, ลำไย แสงงบาล, และคณะ. อัตราการตรวจพบเชื้อของ Laryngoscope blade ภายหลังการทำความสะอาดด้วยฮิปีสคริปความเข้มข้น 4 เปอร์เซ็นต์แล้วเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ความเข้มข้น 70 เปอร์เซ็นต์ร่วมกับการใช้ถุงพลาสติกที่สะอาดหุ้ม. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2549 ; 21(1) : 30-5.
9. นันทสรณ์ สัจจบุญยะกุล, จิตติมา ชินะโชติ, สุวรรณาทระกูลสมบูรณ์, ปาริยา ผลเจริญผล. การปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของ Laryngoscope ที่ใช้ในห้องผ่าตัด. วิสัณยสาร 2551 ; 34 : 85-91.
10. Soukup, M. The center for advanced nursing practice evidence based practice model. Nursing Clinic of North America. 2000 ; 35(2) : 301-9.

ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Prevalence and Factors Affecting with Glomerular Filtration Rate on type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension at Nong Han Hospital, Udon Thani Province

อรุณโรจน์ อุ่นใจ*

Aroonrot Ounjai

Corresponding author : E-mail : oh.aroonrot@gmail.com

(Received : March 19, 2021 ; Revised : March 26, 2021 ; Accepted : April 23, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหาน
ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2563 จำนวน 401 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95% Conf.Interval และ Multiple Regression Analysis (MRA)

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 401 คน ความชุกของอัตราการกรองไตส่วนใหญ่อยู่ใน Stage 3b จำนวน 130 คน
(32.4%) และ Stage 4+ จำนวน 130 คน (32.4%) และปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความ
ดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% Conf. Interval มี 5 ปัจจัย คือ Serum creatinine,
Time_DM, High-density lipoprotein cholesterol (HDL), Diastolic Blood Pressure (DBP), และ Systolic Blood
Pressure (SBP)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ความชุกของอัตราการกรองไตอยู่ใน stage 3b และ stage 4+ สาเหตุเกิดจากผู้ป่วย ไม่สามารถ
ควบคุม Serum creatinine, HDL, DBP และ SBP ได้ ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องควรเน้นพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมหรือคืนข้อมูล
อัตราการกรองไต เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักพฤติกรรมการบริโภค เพื่อป้องกันหรือชะลอไตเสื่อมให้กับกลุ่มเป้าหมายนี้อย่าง
ต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความชุก ; ปัจจัยที่ส่งผล ; อัตราการกรองไต ; เบาหวาน ; ความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

Purpose : To study the prevalence and factors influences with glomerular filtration rate on type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension Nonghan Hospital, Udon Thani province.

Study design : Cross-sectional descriptive study

Materials and Methods : 401 of subjects were consisted with diabetes mellitus and hypertension who were received service at Nong Han Hospital in 2562-2563 BE. Collect data by form records from the medical record. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, 95% confi. Interval., and Multiple Regression Analysis (MRA).

Main findings : A total of 401 subjects found that the prevalence of glomerular filtration rates were 130 subjects with stage 3b (32.4%) and 130 with stage 4+ (32.4%). And the factors affecting glomerular filtration rates on diabetic mellitus and hypertension in Nong Han Hospital were statistically significant, 95% Conf. Interval. had five factors: Serum creatinine, Time_DM, High-density lipoprotein cholesterol (HDL), Diastolic Blood Pressure (DBP), and Systolic Blood Pressure (SBP).

Conclusion and recommendations : The prevalence of filtration rates were in stages 3b and stage 4+, so that subject had an inability to control serum creatinine, HDL, DBP and SBP. they were aware of consumption behavior and to prevent or to delay the progression of chronic kidney diseases for this target group on a continuous.

Keywords : Prevalence ; Factors affecting ; Glomerular Filtration Rate ; Type 2 Diabetes Mellitus ; Hypertension.

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) หมายความว่าไตถูกทำลายและไม่สามารถกรองเลือดได้ตามปกติ และเป็นโรค “เรื้อรัง” เนื่องจากการทำลายที่ไตเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เป็นระยะเวลานาน การทำลายนี้อาจทำให้เกิดของเสียสะสมในร่างกาย นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังยังเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ อีก โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีการก้าวเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ การวินิจฉัยโรคในระยะต้นสามารถให้การรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคไตเรื้อรังและสามารถทำให้โรคไตเรื้อรังก้าวหน้าเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างรวดเร็ว จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ประชากรมีความชุกไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 3.0-8.9¹ แต่เมื่อมีโรคเบาหวานร่วมด้วยจะพบความชุกเพิ่ม

ขึ้นเป็นร้อยละ 6.25² อัตราตายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.1 และเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2562 พบจำนวน 5,197, 5,784, 5,540 และ 5,855 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบจำนวน 7,084, 7,877, 7,896 และ 8,403 ราย ตามลำดับไตวายเรื้อรังที่ Refer out จำนวน 135, 133, 99 และ 94 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้ง 2 โรค³ อัตราการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 20.17, 80.74, 76.30 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ปี พ.ศ. 2559-2562 ร้อยละ 16.82, 18.52,

18.17 และ 15.30 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของค่า eGFR < 473ml/yr ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 65.0 และผลงานปี พ.ศ.2559-2562 คิดเป็นร้อยละ 57.41, 56.12, 56.95 และ 63.12 ราย ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองหานได้ร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ใช้มาตรการการเฝ้าระวังติดตามการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรค การจัดระบบการคัดกรองไตในผู้ป่วย DM, HT ให้ครอบคลุมมาตรการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย CKD Clinic, CKD Corner ให้มีคุณภาพ/ชุมชนรักษไตต้นแบบ มาตรการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้คู่มือปรับเปลี่ยนกับผู้ป่วย (CKD-NET) ในกลุ่มผู้ป่วย CKD st3-4 และมาตรการจัดตั้งหมู่บ้านรักษไตต้นแบบ มีมาตรการทางสังคมข้อตกลงร่วมกันในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน/สื่อสารสุขภาพในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหวาน มัน เค็ม สเดียร้อยด์ สมุนไพร หรืออาหารเสริม

อย่างไรก็ตามสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังมีหลายสาเหตุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยาที่มีพิษต่อไต อายุที่มากขึ้น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน หรือโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสื่อมของไตมากขึ้น คือ อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากความเสื่อมของระบบต่างๆ ของร่างกาย ขนาดของไตและการทำงานของไตเมื่ออายุมากขึ้น ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดการบาดเจ็บของ Mesangial และ Epithelial Cell มีผลทำให้ไตเสื่อม ขณะเดียวกันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีขบวนการเผาผลาญไขมันที่ผิดปกติโดยร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยไตเสื่อมจะมีการเพิ่มขึ้นของไขมัน โดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์ และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) โรคเบาหวานมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง 12-15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี และพบว่าในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นเบาหวานร่วมจะมีปัจจัยที่ทำให้มีการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตได้แก่ การมีปริมาณโปรตีนที่ออกมากับปัสสาวะในแต่ละวัน (Daily urine protein excretion) ค่าโปรตีนในเลือด (Serum albumin) และระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น

กล่าวได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองของไตมีความหลากหลายในการดูแลรักษาโรคนี้ที่สำคัญ คือ การควบคุมโรคเพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติที่รุนแรงซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การชะลอการเสื่อมของไตเพื่อยืดระยะเวลาในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกของโรค ซึ่งยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ด้วยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว (Rapid progression)⁵ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคนั้นเป็นสิ่งสำคัญ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นภายใต้บริบทระบบสุขภาพของประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาในทุกด้าน เพื่อให้ประเทศก้าวกระโดดได้ในเวทีระดับโลกการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพมีความจำเป็นเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศ ขณะเดียวกันเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานีอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำ ความเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มที่มารับบริการของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนั้นยังเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา CKD Clinic คุณภาพชีวิตของประชาชน และค่าใช้จ่ายในภาพรวมของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้วิธีการศึกษาทางระบาดวิทยาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

โดยเก็บข้อมูลแบบคัดลอกจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ประชากรศึกษาและตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 401 คน ที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 401 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณสัดส่วนจากงานผลงานวิจัยของพิมพ์สุภักดิ์ ปานเพียรกุลภักดิ์⁶ ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$$Z_{\alpha/2} = \text{ความเชื่อมั่นที่กำหนด } \alpha = 0.05 = 1.96$$

P = สัดส่วน (ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เท่ากับ 63.6%.62)

d = Precision (4.5%)

= 227 หรือประมาณ 227 คน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณเพื่อ Drop out เท่ากับ 24% จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 401 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนแรกลักษณะทางประชากรได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน/ภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตตัวบน (SBP) ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) เป็นแบบตรวจสอบรายการและตอนที่ 2 ลักษณะทาง Clinical คือ HbA1c, Fasting Blood Sugar, Serum Creatinin, Hct, eGFR, Cholesterol LDL, TG, HDL, Uric acid และ Microalbumin (MAU) เป็นผลจากห้องปฏิบัติการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติการเข้าถึงข้อมูล และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน
2. ขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษาและขออนุญาตระหว่างการเข้าไปเก็บข้อมูลรวมถึงขอความร่วมมือในการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัย บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยบันทึกเฉพาะข้อมูลที่ต้องการจากเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
4. จัดทำคู่มือลงรหัสและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบบันทึกและนำข้อมูลทั้งหมดจากแบบบันทึกมาลงรหัส และนำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แล้วการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะทาง Clinical ในกรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอค่าเฉลี่ย และ 95% Conf. Interval ส่วนกรณีข้อมูลแจกแจงจะนำเสนอค่าจำนวน และร้อยละ และ
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน โดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis : MRA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 95% Conf. Interval., Coef., Std. Err. และ p-value

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เป็นการสัมภาษณ์ หรือเก็บข้อมูลจากบุคคลโดยตรง เป็นเพียงการบันทึกข้อมูลเวชระเบียน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะได้พิทักษ์สิทธิ์ของเจ้าของข้อมูลโดยเมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จะเก็บข้อมูลโดยมิได้บันทึกรายชื่อ หรือ HN (Hospital Number) ของกลุ่มตัวอย่าง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งไม่สามารถสืบค้นไปยังตัวบุคคลได้ รวมถึง

ทำการขออนุญาตแพทย์ผู้ที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 401 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 261 คน (65.1%) อายุเฉลี่ย 70.09 ปี (95%CI : 70.11, 72.07) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 249 คน (62.1%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 300 คน (74.8%) รายได้เฉลี่ย 1,273 บาท/เดือน (95% Conf. Interval : 8,876.96, 1,670) รายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1,300 บาท จำนวน 370 คน (92.3%) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาแล้วเฉลี่ย 11 ปี (95% Conf. Interval: 10.67, 11.41) น้อยกว่า 11 ปี จำนวน 238 คน (59.0%) และความชุกของอัตราการกรองไต Stage 3b จำนวน 130 คน (32.4%) และ Stage 4+ จำนวน 130 คน (32.4%) ตามลำดับ

ส่วนลักษณะทางคลินิก พบว่า Diastolic Blood Pressure (DBP) มีค่าเฉลี่ย 134.45mm/Hg (95% Conf. Interval: 132.44, 136.44) Systolic Blood Pressure (SBP) ค่าเฉลี่ย 70 mm/Hg (95% Conf. Interval : 69.43, 72.41) Hemoglobin A1C (HbA1c) ค่าเฉลี่ย 6.27% (95% Conf. Interval : 5.99, 6.55) Fasting Blood Sugar ค่าเฉลี่ย 134.78 mg/dl (95% CI : 126.89, 142.68) Serum

Creatinine ค่าเฉลี่ย 2.10mg/d (95% Conf. Interval : 1.82, 2.38) Cholesterol ค่าเฉลี่ย 191.82 mg/dl (95% Conf. Interval : 184.71, 198.92) Low Density Lipoprotein (LDL) ค่าเฉลี่ย 118.44 mg/dl (95% Conf. Interval: 111.92, 124, 95) High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ค่าเฉลี่ย 42.57 mg/dl (95% Conf. Interval : 41.05, 44.11) Triglycerides (TG) ค่าเฉลี่ย 154.80 mg/dl (95% Conf. Interval: 143.03, 166.58) Hematocrit (Hct) ค่าเฉลี่ย 33.36% (95% Conf. Interval : 32.44, 34.25) และ Estimated glomerular filtration rate (eGFR) ค่าเฉลี่ย 37.18 ml/min/1.73m² (95% Conf. Interval: 35.04, 39.33) ตามลำดับ

วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise โดยใช้ตัวแปรอิสระจำนวน 12 ตัวแปร พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R Square) เท่ากับ 0.452 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) เท่ากับ 0.445 และปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% Conf. Interval มี 5 ปัจจัย คือ Serum Creatinine, Time_DM, High-density lipoprotein cholesterol (HDL), Diastolic Blood Pressure (DBP), และ Systolic Blood Pressure (SBP) ตามลำดับ ดังปรากฏในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ 95% Conf. Interval ของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร		n(%)
เพศ		
ชาย		140(34.9)
หญิง		261(65.1)
อายุ(ปี)		
< 70 ปี		202(50.4)
≥ 70 ปี		199(49.6)
Mean = 70.09 (95% Conf. Interval: 70.11, 72.07)		
สถานภาพสมรส		
โสด		9(2.2)
คู่		249(62.1)
หม้าย/หย่า/ร้าง		143(35.7)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา		300(74.8)
มัธยมศึกษา		95(23.7)
ปริญญาตรี		5(1.2)
สูงกว่าปริญญาตรี		1(0.2)
รายได้(บาท/เดือน)		
< 1,300 บาท		31(7.7)
≥ 1,300 บาท		370(92.3)
Mean = 1,273 (95% Conf. Interval: 8,876.96, 1,670)		
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง		
<11 ปี		238(59.0)
≥11 ปี		163(40.6)
Mean =11.04 (95% Conf. Interval: 10.67, 11.41)		
อัตราการกรองไต		
Stage 3a		70(17.5)
Stage 3b		130(32.4)
Stage 4+		130(32.4)
Stage 5+		71(17.7)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และ 95% Conf. Interval ของลักษณะทาง Clinical

ลักษณะทาง Clinical	Mean (95% Conf. Interval)
Diastolic Blood Pressure (DBP: mm/Hg)	134.45(132.44, 136.44)
Systolic Blood Pressure (SBP: mm/Hg)	70(69.43, 72.41)
Hemoglobin A1C (HbA1c: %)	6.27(5.99, 6.55)
Fasting Blood Sugar (mg/dl)	134.78(126.89, 142.68)
Serum Creatinine (mg/dl)	2.10(1.82, 2.38)
Cholesterol (mg/dl)	191.82(184.71, 198.92)
Low Density Lipoprotein (LDL: mg/dl)	118.44(111.92, 124, 95)
High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C: mg/dl)	42.57(41.05, 44.11)
Triglycerides (TG: mg/dl)	154.80(143.03, 166.58)
Hematocrit (Hct: %)	33.36(32.44, 34.25)
Estimated glomerular filtration rate (eGFR: mL/min/1.73m ²)	37.18(35.04, 39.33)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

eGFR	Coef.	Std. Err.	p	95% Conf. Interval
Serum Creatinine	2.564	.157	<.001	2.254, .874
Time_DM	.382	.163	<.001	.060, .703
High-density lipoprotein cholesterol (HDL)	.285	.061	<.001	.164, .406
Diastolic Blood Pressure (DBP)	.244	.057	<.001	.130, .358
Systolic Blood Pressure (SBP)	.134	.045	<.001	.043, .224

Cons. =20.248, R-squared=0.452, Adj R-squared = 0.445

สรุปผลการวิจัย

ความชุกของอัตราการกรองไต Stage 3b จำนวน 130 คน (32.4%) และ Stage 4+ จำนวน 130 คน (32.4%)

และปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% Conf. Interval มี 5 ปัจจัย คือ Serum Creatinine, Time_DM, High-density lipoprotein cholesterol (HDL), Diastolic Blood

Pressure (DBP), และ Systolic Blood Pressure (SBP)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่า ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองไต (GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ม.2 ร้อยละ 26.42 (95% CI=23.76–29.08)⁷ เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไต

ก่อนและหลังการรับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลชุลungs อำเภอลอง จังหวัด จันทบุรี พบว่า ก่อนเข้ารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อม ความชุกของผู้ป่วยทั้งหมดมีความเสื่อมของไตอยู่ในระยะที่ 3a คิดเป็นร้อยละ 87.2 และ มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของ ไตเท่ากับ $39.63 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ($SD=6.28$)⁸ สอดคล้อง กับอัตราการกรองของไตหลังได้รับความรู้และการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการ ทำงานของไตดีขึ้น ($p<.05$) โดยพบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีค่าสภาพการกรองของไตเฉลี่ย 50.02 ± 7.14 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร หลัง การทดลองอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 56.23 ± 5.66 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร⁹ : ความชุกของภาวะไตวายเรื้อรัง 1,018 คน (ร้อยละ 29.4) : ร้อยละ 21.7 มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 128 ระยะ 3a และ ร้อยละ 8.9 ระยะ 3b), ร้อยละ 42 มีภาวะไต วายเรื้อรังระยะที่ 4 และร้อยละ 3.5 มีภาวะไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5 พบอัลบูมินในปัสสาวะของผู้ป่วยเหล่านี้ร้อยละ 44.8 (ร้อยละ 12.4 พบ micro albuminuria และร้อยละ 32.4 พบ macro albuminuria)¹⁰ : ความชุกของผู้ป่วยที่มี อัตราการกรองของไต $GFR < 60 \text{ mL/min per } 1.73 \text{ m}^2$ ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 72.0 การควบคุมความดันโลหิตที่ดีในผู้ป่วยที่มีโรค ไตเรื้อรัง มีร้อยละ 33.2 ความดันโลหิตซิสโตลิกควบคุมได้ ร้อยละ 35.9 และความดันโลหิตไดแอสโตลิกควบคุมได้ร้อยละ 56.2¹¹ ในทำนองเดียวกัน เมื่อเทียบกับผลการวิจัยในต่าง ประเทศแล้วพบว่า ส่วนใหญ่ผลการศึกษามีความชุกของโรค ไม่แตกต่างกันมากนัก ดังเช่น การศึกษาในประเทศสเปน พบความชุกร้อยละ 14.6¹²; การศึกษาในไต้หวัน พบความ ชุกร้อยละ 21.67¹³ และการศึกษาในประเทศจีน พบความ ชุกร้อยละ 22.80¹⁴ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความชุกของแต่ละพื้นที่นั้นมีความแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยด้าน อื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคไตในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่

ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วยโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่

Serum Creatinine, ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (Time_DM), High-density lipoprotein cholesterol (HDL), Diastolic Blood Pressure (DBP) และ Systolic Blood Pressure (SBP) พบผลเช่นเดียวกับผลการศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ อัตราการลดลง slope ของค่า eGFR คือ DBP ($p<.05$), SBP ($p<.50$) และ Serum Creatinine ($p<.05$)¹⁵; ระดับ ความดัน ซิสโตลิก (SBP), Fasting Blood Sugar (FBS), Hemoglobin A1C มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการ กรองของไต ($r = -.173, -.171, .253, p=.012, .012, .001$) และ SBP มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าการกรองของไตอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ และสอดคล้องกับปัจจัยที่เพิ่มความ เสี่ยงในการเกิดไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน คือ อายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน รอบเอว และการมีโรคความดัน โลหิตสูง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย¹⁰

จากปัจจัยเหล่านี้ร่วมกับสมการจาก Multiple Regression Analysis ที่ได้มาจากการวิจัยนี้ อธิบายได้ว่า หากมีผู้ป่วย CKD เข้ามาได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล หนองหาน แพทย์สามารถคาดคะเนอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยได้จากค่า Serum Creatinine, ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Time_DM), High-density lipoprotein cholesterol (HDL), Diastolic Blood Pressure (DBP) และ Systolic Blood Pressure (SBP) โดยผ่านการคำนวณในสมการ คำนวณดังกล่าว่าข้างต้น ($eGFR = 20.24 - 2.56 (\text{Serum Creatinine}) + 0.38(\text{Time_DM}) + 0.28 (\text{HDL}) + 0.244 (\text{DBP}) - 0.134(\text{SBP})$)

เอกสารอ้างอิง

1. Laliberte F., Bookhart BK., Vekemab F., Corral M., Duh MS., Bailey RA., et al. Direct all-cause health care costs associated with chronic kidney disease in patients with diabetes and hypertension : a managed care perspective. J Manag Care Pharm. 2009 ; 15(4) : 312-22.

2. Afkarian M., Sachs MC., Kestenbaum B., Hirsch IB., Tuttle KR., Himmelfarb J., et al. Kidney disease and increased mortality risk in type 2 diabetes. *J Am Soc Nephrol.* 2013 ; 24(2) : 302-8.
3. โรงพยาบาลหนองหาน. งานแผนงานและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565. อุดรธานี : โรงพยาบาล ; 2562.
4. Paveena S, Somjit A, Kajorn T, Somchai T. Hypertension and kidney : Text book of nephrology. Bangkok : Bangkok text and journal pub ; 2011.
5. Cummings DM, Larsen LC, Doherty L, Lea CS, Holbert D. Glycemic Control Patterns and Kidney Disease Progression among Primary Care Patients with Diabetes Mellitus. *J Am Board Fam Med* 2011 ; 24(4) : 391- 98.
6. พิมพ์สุภักดิ์ ปานเพียรกุลภักดิ์. ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559 ; 6(3) : 205-15.
7. นันทน์สิน สิมพา, สุกัญ คัมธสอน, อุบลวรรณ นิรันดร์สวย, เลนภา โคตรแสนเมือง, ศุภศิลป์ ติรักษา. ความชุกและปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่ออัตราการกรองไต (GFR) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563 ; 16(3) : 53-62.
8. ธวัช วิเชียรประภา, พรฤดี นิธิรัตน์, ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คาลิมา สำแดงสาร. เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการรับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลชลุม อำเภอลุม จังหวัดจันทบุรี. The Journal of Baromarajonani College of Nursing. 2019 ; 25(2) : 138-47.
9. อนันท์ เรืองบุญ, พีรวิทย์ พาตี, จารุวรรณ ประดิษฐ์พงษ์, เยาวลักษณ์ เรืองอิศราง, อำภา คนเชื้อ. รูปแบบการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562 ; 28 (ฉบับเพิ่มเติม 2) : 122-9.
10. อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, งามจิต คงทน. ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2560 ; 31(1) : 73-82.
11. กัตติกา หาลือ. ความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาในโรงพยาบาลและการควบคุมความดันโลหิต โรงพยาบาลพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563 ; 6(2) : 212-5.
12. Rodriguez-Pocelas A, Mondel-Tuduri X, Miravel-Jimenez S, Casellas A, Barrot-De la Puente JF, Franch-Nadal J, et al. Chronic Kidney Disease and Diabetic Retinopathy in Patients with Type 2 Diabetes. *PLOS ONE.* 2016 ; 11(2) : e0149448.
13. Lin HT, Zheng CM, Wu YC, Chang YH, Chen JT, Laing CM, et al. Diabetes Retinopathy as a Risk Factor for Chronic Kidney Disease Progression: A Multicenter Case-control Study in Taiwan. *Nutrients.* 2019 ; 1(2): doi: 10.3390/nu11030509.
14. Jia W, Gao X, Pang C, Hou X, Bao Y, Liu W, et al. Prevalence and risk factors of albuminuria and chronic kidney disease in Chinese population with type 2 diabetic and impaired glucose regulation : Shanghai diabetic complication study (SHDCS). *Nephrology Dialysis Transplantation.* 2009 ; 24(12) : 3724-31.
15. วสุนันต์ ทองดี, บรรจง กิตติสว่างวงศ์, จินตนา ทองดี, ประสิทธิ์ หมั่นดี. การประเมินการลดลงอัตราการกรองผ่านไตเพื่อการพยากรณ์ความเสี่ยงการเกิดโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และการพัฒนา Application Thai CKD Risk Calculation. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563 ; 29(2) : 240-51.
16. เกศริน บุญรอด. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนระยะโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562 ; 33(3) : 367-78.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่ Effect of The Promotional and Health Behavior Change Models in Diabetic Risk Group

เครือมาส อนันตา* พีรวิทย์ พาตี** อำภา คนชื่อ***

Kruemas Ananta, Peerawit Padee, Ampa Konsue

Corresponding author : Email : peerawit_padee@yahoo.com

(Received : March 1, 2021 ; Revised : March 8, 2021 ; Accepted : April 9, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักมวลงกาย และดัชนีมวลงกายของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารระหว่าง 110-120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เก็บและรวบรวมข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) น้ำหนักมวลงกาย ดัชนีมวลงกายและระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ; พฤติกรรมสุขภาพ ; ดัชนีมวลงกาย ; ระดับน้ำตาลในเลือด

* สาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

** แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านเปลือยตาล จังหวัดร้อยเอ็ด

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ABSTRACT

Purposes : To compare knowledge, self-behavior, fasting blood sugar, body weight, body mass index in diabetes mellitus risk group.

Study design : Quasi-experimental study.

Materials and Methods : The 30 volunteers have been had 110-120 mg/dL who 40-60 year olds. Statistical analysis uses frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Main findings : The results found that the samples significantly ($p<.01$) increasing on health knowledge and change behavior. On the other hand, body weight, body mass index, and blood glucose level were significantly ($p<.01$) decrease.

Conclusion and recommendations : The health promotion and change behavior could be approximately health self-care to good health behavior.

Keywords : diabetic risk person ; health behavior ; body mass index ; blood glucose level.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นโรคที่มีระยะเวลาของโรคนานจากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความว่าประกอบไปด้วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง เป็นต้น มีสาเหตุการเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่าได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การดื่มแอลกอฮอล์ และการปรับตัวไม่ได้เมื่อเผชิญต่อความเครียด เป็นต้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ.2563 จำนวน 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับคนไทยพบว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 14 ล้านคน จากสถิติสุขภาพคนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีละเกือบ 300,000 คน และสถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐต้องเล็งงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ดังกล่าวถึงปีละ 335,359 ล้านบาท ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะด้านคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัย อันควร¹

โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็นโรคเรื้อรังของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีนนำไปสู่การขาดการหลั่งของฮอร์โมนอินซูลินที่บกพร่องไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตหลายอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น² โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มของโรคเรื้อรังที่แพร่หลายไปทั่วโลก ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลก สำหรับประชากรอายุ 20 ถึง 79 ปีคือ 149 ล้านคน (5.1%) ในปี 2546 และคาดว่าจะสูงถึง 333 ล้านคน (6.3%) ในปี 2568³ อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลกคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคนในปี 2573 ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น โรคจอประสาทตา โรคระบบประสาท โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ส่งผลให้เกิดความพิการและอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁴

ประเทศไทยให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่รัฐบาลจัดทำขึ้น เพื่อชี้นำทิศทาง การพัฒนาสุขภาพ ประกอบกับสภาพสังคมไทย ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้คนไทยเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อน่าขึ้น ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรค

เบาหวาน เป็นต้น และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการทำงานมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญขององค์กรและเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีคุณค่า ปัจจุบันคนส่วนใหญ่ต้องเข้าสู่ระบบการทำงานเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้และตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ปัจจุบันองค์กรการวิจัย นักวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพเริ่มให้ความสนใจศึกษาปัญหาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น นอกจากศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพแล้ว ยังรวมถึงปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมอื่นๆ เช่น พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงาน และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยต่างๆ จากการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า มีความพยายามที่จะศึกษาเพื่อยืนยันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งหาแนวทางปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมในแต่ละครั้งที่ทำการวิจัย โดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และสามารถประมวลข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁶

ในทำนองเดียวกันกับพื้นที่ตำบลดงสิงห์มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่ทั้งสิ้น จำนวน 165 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 10 คน และอาจเพิ่มขึ้นอีกถ้าไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้นโปรแกรมการจัดทำรูปแบบการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่ ทำให้ได้เครื่องมือในการทำกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งยังลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนอันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักมวลกาย และดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ อายุระหว่าง 40-60 ปี และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารระหว่าง 110-120

มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลดงสิงห์ อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มาโดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

รูปแบบการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงานในการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประกอบด้วยขั้นตอน จำนวน 2 รอบ แต่ละรอบใช้ระยะเวลาห่างกันประมาณ 1 เดือน ดังนี้

รอบที่ 1 ดำเนินการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นให้สุศึกษาเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน การใส่ใจที่มีผลต่อโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน นำเสนอเรื่องเล่าจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ออกติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มเสี่ยงโดยทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดอาสาติดตามรายการอาหารของกลุ่มเสี่ยง

รอบที่ 2 ดำเนินการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งที่ 2 เสนอกลุ่มรวบรวมสาระสำคัญในการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยการทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกายและเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการทดลองนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

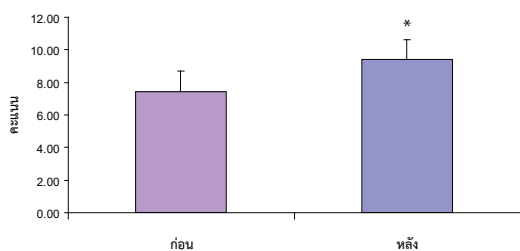
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายใหม่ พบว่าเป็นเพศชายและหญิงเท่ากัน (50.00%) อายุเฉลี่ย 49.77 ปี (SD±6.06: max=60; min=40) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (63.34%) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา (93.34%) ประกอบอาชีพค้าขาย (40.00%) รายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (90.00%) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะทางประชากร (n=30)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
เพศ	
ชาย	15(50.00)
หญิง	15(50.00)
อายุ	
40-49	14(46.67)
50-60	16(53.33)
Mean = 49.77 ปี (SD±6.06: max=60; min=40)	
สถานภาพ	
โสด	1(3.33)
สมรส	19(63.34)
หย่าร้าง	9(30.00)
หม้าย	1(3.33)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	1(3.33)
มัธยมศึกษาตอนต้น	28(93.34)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1(3.33)
อาชีพ	
เกษตรกร	10(33.33)
รับจ้าง	1(3.33)
ค้าขาย	12(40.00)
อื่นๆ	7(23.34)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000 บาท	2(6.67)
5,000-10,000 บาท	27(90.00)
มากกว่า 10,000 บาท	1(3.33)

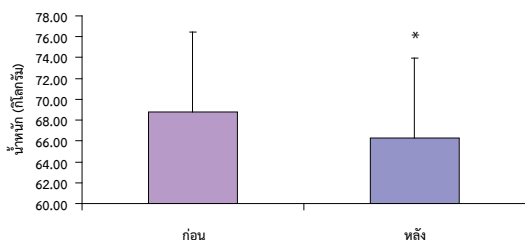
ด้านความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ หลังการทดลอง (Mean=9.40±0.77) กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean=7.43±1.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p<.01$; 95%CI = -0.52, -0.142) ดังแสดงในภาพประกอบ 1



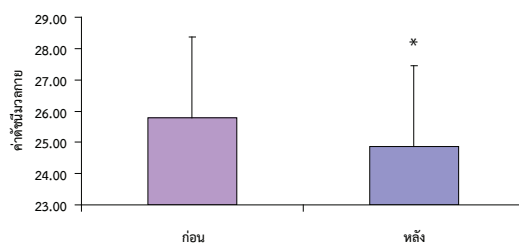
ภาพประกอบ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและ หลังการทดลอง, * แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01

ด้านน้ำหนักมวลกายของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ หลังการทดลอง (Mean= 66.30±7.23) กลุ่มทดลองมีน้ำหนักมวลกายลดลงก่อนการทดลอง (Mean= 68.80±7.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$; 95% CI= 2.00 – 2.30) ดังแสดงในภาพประกอบ 2



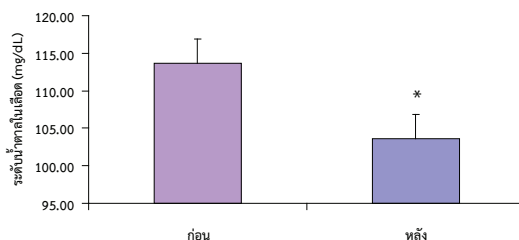
ภาพประกอบ 2 เปรียบเทียบน้ำหนักมวลกายก่อนและ หลังการทดลองการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ, * แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01

ด้านดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ หลังการทดลอง (Mean = 24.86±2.53) กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายลดลงก่อนการทดลอง (Mean = 25.78±2.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$; 95%CI= 0.74 – 1.11) ดังแสดงในภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 เปรียบเทียบดัชนีมวลกายก่อนและ หลังการทดลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, * แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01

ด้านระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ หลังการทดลอง (Mean = 103.63±3.18) กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงก่อนการทดลอง (Mean = 113.67±3.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$; 95%CI= 9.97 – 10.11) ดังแสดงในภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและ หลังการทดลองการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ, * แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01

วิจารณ์

การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับปัจเจกบุคคลและสังคม ในระดับปัจเจกบุคคลผู้ที่สุขภาพดีจะสามารถรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเพื่อสามารถใช้ชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ดังปรารถนา ทั้งยังมีอารมณ์มั่นคงสามารถรักษาความสัมพันธ์กับคนรอบข้างตลอดจนประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ในทางกลับกันความเจ็บป่วยนอกจากจะก่อให้เกิดภาระการรักษาในระยะยาวยังกระทบต่อสภาวะอารมณ์และความสัมพันธ์ เช่น ระบุว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดมีภาวะไขมันสูง อาจเกิดสภาวะเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำและยังส่งผลให้เกิดความทุกข์ซึมเศร้าแยกตัวจากสังคม รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง แรงงานที่ไม่เจ็บป่วย ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องแต่หากประชากรวัยทำงานกลายเป็นผู้ป่วยหรือเสียชีวิต ตั้งแต่วัย 30-40 ปี จะก่อให้เกิดความสูญเสียโอกาสผลิตภาพและรายได้ตลอดช่วงชีวิต การดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพดีจึงเป็นเรื่องของทุกคนและจะช่วยลดความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศได้นับแสนล้านบาท⁷

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เมื่อได้รับการให้ความรู้และคำชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายใต้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักมวลกาย ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวน ว่าการที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต้องมีปัจจัยต่างๆ ที่มาสนับสนุน โดยมีการให้ความรู้เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะคุกคามจากโรค ในขณะเดียวกันให้รับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคหากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ถึงความเสี่ยงของโรคมามากขึ้น ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเป็นกระบวนการซึ่งผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ทักแนะ ร่วมตัดสินใจ ในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ ที่จะได้รับการจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โปรแกรมดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ดีขึ้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ความรู้โรคเบาหวาน การใส่ใจที่มีผลต่อโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน นำเสนอเรื่องเล่าจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ออกติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มเสี่ยงโดยทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดอาสาติดตามรายการอาหารของกลุ่มเสี่ยง⁸

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ โดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self Care Theory) ซึ่งจะสามารถลดระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้อีกด้วย หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น มีน้ำหนักลดลง ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) รู้จักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย รู้วิธีการเลือกบริโภคอาหารส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม⁹ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ นภาพร แหวนแก้ว และคณะ¹⁰ โดยศึกษาการพัฒนาแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองและควบคุมตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรค

เบาหวาน เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น ลดปริมาณในการกิน เน้นผักผลไม้รสไม่หวาน เพิ่มผักและน้ำพริก ลดอาหารของมันทุกชนิด เลิกกินน้ำอัดลมหันมาดื่มน้ำสมุนไพรหวานน้อย เน้นการดื่มกาแฟดำ (ไม่ใส่น้ำตาล) งดขนมขบเคี้ยว ของหมักของดอง การเปลี่ยนจากรับประทานข้าวเหนียวมาเป็นข้าวสวยแทน ข้าวกล้องแทน ด้านการออกกำลังกาย หันมาออกกำลังกายมากขึ้น จัดตารางกิจกรรมให้ตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับตนเองจนเห็นผลชัดเจนดีขึ้น เอาตนเองเป็นต้นแบบและบอกต่อให้กับคนอื่น หันมาออกกำลังกายและควบคุมอาหารน้ำหนักตัวลดลงและบอกต่อให้กับคนอื่นที่มีปัญหาแบบเดียวกันกับผู้อื่น มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่างๆ หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เอาตนเองเป็นต้นแบบและบอกต่อให้กับคนอื่น¹¹ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคต่างๆ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปสู่วิถีชีวิต การปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบข้างต้นน่าจะนำไปใช้ขยายผลได้ในประชาชนชุมชนอื่นที่มีบริบทที่คล้ายกับกลุ่มทดลอง¹²

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุดในที่สุด ส่งผลให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ ภูมิภรณ์ สังเกต ¹³ การรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ ส่งผลให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมได้ สามารถอธิบายกลไกที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ด้วยแนวคิดของ Bandura คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองด้านโภชนาการ ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ และทราบถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการต่อสุขภาพของตนเองและทราบผ่าน กระบวนการคิด (Cognitive process) ทำให้เกิดแรง บันดาลใจในการที่จะทำพฤติกรรมผ่านกระบวนการเกิดแรงจูงใจ (Motivation process) ตัดสินใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมผ่าน

กระบวนการเลือก (Selection process) และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจผ่านกระบวนการด้านอารมณ์ (Affective process)¹⁴

สรุปผล

รูปแบบการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำให้มีค่าน้ำหนักมวลกาย ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2562

เอกสารอ้างอิง

1. ไชยนันท์ พยาวิวัฒน์, กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2560.
2. Shahira, D. A., Karpagam, S., & Amudha, P. Anti-diabetic activity of Salacia Chinensis stem extract. World Journal of Pharmaceutical Research. 2019;8(6):1417-23.
3. Wahyudia, L. D., Ratnadewia, A. A., & Siswoyob, T. A. Potential Antioxidant and antidiabetic activities of Kayu Kuning (Arcangelisia flava). Agriculture and Agricultural Science Procedia 2016 ; 9 : 396-402.
4. Hasan, M., Ali, M. T., Khan, R., Palit, P., Islam, A., Seidel, V., Akter, R., Nahar, Laizuman. Hepato protective, antihyperglycemic and antidiabetic effects of Dendrophthoe pentandra leaf extract in rats. Clinical Phytoscience 2018 ; 4 : 16.

5. สมจินตนา ไธสูงเนิน. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรสายสนับสนุนในภาควิชาของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University* 2018 ; 5(2) : 15-29.
6. จันทิมา เขียวแก้ว. บทวิจารณ์หนังสือ Behavior change research and theory: psychological and technological perspectives. *วารสารวิจัย สมาคมห้องสมุดแห่งประเทศไทยฯ* 2560 ; 10(2) : 68-74.
7. นิยะนันท์ สำเภาเงิน, ดวงกมล ขาติประเสริฐ. อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา* 2557 ; 7(2) : 38-58.
8. ดวงดาว อรัญวาสณ์, ญาณิกร สีสุรี, ผดุงศิษฐ์ ขานาญบริษัท. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งอำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 2563 ; 4(7) : 1-12.
9. ปิยวรรณ ศรีสุนนนท์. ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของแพนเดอร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*. 2560 ; 3(2) : 105-18.
10. นภาพร แหวนแก้ว, อรอนงค์ บุรีเลิศ, ชวนชัย เชื้อสารชน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 Self ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิจิตราลงกรณ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 2562 ; 8(2) : 98-110.
11. อุมพร นิมตระกูล, วิสิทธิ์ ฐิตวิสิทโธ. พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลาณ ปุฎฐากุสพระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา* 2563 ; 11(1) : 33-51.
12. ชัยชนะ วิริยะกุล. ประสิทธิภาพแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตำบลโคกกลาง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*. 2557 ; 13(1) : 43-51.
13. ถนิมภรณ์ สังขเภท. การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค อำเภอลืออำนาจ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 2561 ; 15(2) : 15-28.
14. รักรุ่ง โกจันทิก, วรรณทนา ศุภสีมานนท์, ศิริวรรณ แสงอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2561 ; 13(3) : 80-90.

การประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Evaluation of Health Modification Behavior in Agings Diabetes Mellitus Project in Health Promoting Hospital Roi - Et Province

นันทนลิน บรรจโรจน์*, วรวุฒิ เพชรไพร, วชิราภรณ์ ลับภู,
มาลัยพร บุตรศาสตร์, นิตยา Yeawapunn, กุลธิดา สร้างโชค และคณะ
Nunnarin Bunjarote, Worawuth Pethphai, Wachiraporn Lubpoo,
Malaiporn Budsard, Nittaya Yoawapun, Kuntida sangsok, et al.

Corresponding author : E-mail : nunnalin9068@gmail.com

(Received : March 9,2021 ; Revised : March 17, 2021 ; Accepted : April 16, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 103 คน ดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 103 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.8%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (40.8%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (68.0%) ผลการวิเคราะห์การประเมินผลตามรูปแบบ CIPP Model ด้านบริบทมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง กระบวนการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ด้านผลผลิต พบว่า ความรู้อยู่ในระดับสูง ทักษะคิดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 (SD=0.23) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก หลังการพัฒนาผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ต่ำกว่าก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงเท่ากับ 1.43 mg% (95%CI: 1.21, 1.64) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.32,SD=0.15)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการดำเนินโครงการฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลผลิตการดำเนินงานดีขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินโครงการฯ อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การประเมินผลโครงการ ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ; การดูแลตนเอง ; ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย

ABSTRACT

Purpose : To evaluate of a self-Care behavioral change project for elderly diabetes mellitus at Bua Kham Health Promoting Hospital.

Study design: Evaluation research.

Materials and Methods : 103 of subjects with diabetes mellitus, conducted from October 2020 to April 30, 2021. Data were collected using questionnaires and records. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

Main findings : A total of 103 subjects, mostly female (72.8%), had primary education (40.8%), employed in agriculture (68.0%). The results of the evaluation analysis of the CIPP Model in context were very appropriate, input factor was at a moderate level, process was at a moderate level and productivity was found that knowledge was at a high level. Attitude a mean of 1.65 (SD=0.23). Overall behavioral was at a high level. After intervention with diabetes mellitus had statistically lower glycemic (HbA1C) than before ($p < .001$) decreased 1.43 mg% (95% CI: 1.21, 1.64) and overall satisfaction was high (Mean = 4.32, SD= 0.15).

Conclusion and recommendations : The results of a project as a result, the subject's productivity have improved.

Keywords : Project evaluation ; Elderly ; Diabetes mellitus ; Behavior modification.

บทนำ

จากการสำรวจข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมในการดูแลโรคเบาหวานของผู้สูงอายุตำบลบัวคำ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 159 ราย ที่เป็นเบาหวานและมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และมีการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง เรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้ยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการดูแลในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ได้มาตรฐาน และต่อเนื่องเนื่องจากการจัดคลินิกในการรับผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีเพียงการบริการอย่างเดียว ไม่มีเวลาให้ความรู้อย่างครบถ้วนเนื้อหา ทำให้การพยาบาลด้านคำแนะนำในการให้บริการเพียง 3 –5 นาที เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัญหาอุปสรรคในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยได้ความรู้ไม่ครอบคลุมไม่ได้มาตรฐานไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่มีความต่อเนื่อง¹

จากสภาพปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าควรมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง จากการศึกษาการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการรับรู้ และตระหนักในการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างดีและส่งผลที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี² บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน ควรช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยให้ข้อมูลความรู้ หรือการสอนปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมเบาหวานได้ ลดความรุนแรงของโรค และป้องกันอันตรายที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การจัดทำประเมินผลโครงการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ จังหวัดร้อยเอ็ด ไม่ได้มีการจัดอบรมเต็มรูปแบบ มีเพียงการให้สุขศึกษาขณะรับยาที่ก่อนกลับบ้านเท่านั้น ซึ่งเป็นการยาก

ลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอในการดูแลตนเอง³ ในการให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรคเบาหวานเต็มรูปแบบการสอนที่มีเนื้อหาครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำได้

การแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ เพื่อต้องการทราบว่าผลการจัดทำโครงการแล้วนั้นประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการอย่างไรควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไร อีกทั้งในการจัดทำโครงการต่างๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ ยังไม่มีการจัดทำประเมินโครงการที่เป็นรูปแบบมาก่อนและขาดการติดตามประเมินผลระยะยาวและขาดความยั่งยืน ผู้ประเมินจึงมีความต้องการที่จะจัดทำโครงการเพื่อประเมินผลโครงการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบแนวทางการจัดโครงการ และนำประโยชน์ในครั้งนี้อาพัฒนางานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ จังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บัวคำ จำนวน 103 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุ 60-85 ปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ระดับน้ำตาลมากกว่า 140 mg% ไม่มีปัญหาความพิการด้านการรับรู้ มีเวลาในการมีส่วนร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการฯ โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) โดยมีคะแนนมากกว่า 14 ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือต่อ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) หรือได้คะแนนมากกว่า 17 คะแนน ในผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา

หรือได้คะแนนมากกว่าสำหรับผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไปจาก 20 คะแนน และเกณฑ์ คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวานที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามที่กำหนดไว้ได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและการใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรม การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0282564

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเฉพาะเจาะจง และใช้เครื่องมือประเมิน MMSE และ ADL และสอบถามความสมัครใจการเข้าร่วมโครงการ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และอธิบายถึงวัตถุประสงค์การทำการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ให้ทราบ และขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในครั้งนี้

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ชักถามข้อสงสัยก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ โดยไม่เร่งรัด ผู้วิจัยได้เซ็นชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งลงพยานกำกับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้ดำเนินการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสัมภาษณ์กับผู้ช่วยผู้วิจัยที่ได้อบรมแนวทางมาแล้วโดยตอบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยอ่านให้ตอบ และเมื่อหลังอบรมแบบยกมือตอบ เกี่ยวกับเนื้อหา ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ขั้นตอนการ หลังจากได้กลุ่มประชากรและเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการจัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 50 คน และอีกรุ่น 53 คน และติดตามทางโทรศัพท์ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลสุขภาพสัปดาห์ ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 มีการติดตามเยี่ยมที่บ้านใช้แบบสร้างเสริมแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET) ผู้ให้คำปรึกษาจึงเปรียบเสมือนผู้ที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวมาใช้ให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นธรรมชาติ โดยใช้กลยุทธ์ การชักชวนการโน้มน้าว และการให้กำลังใจมากกว่าที่จะบีบบังคับ ออกคำสั่ง หรือเผชิญหน้าโต้เถียงกับผู้ป่วย⁴ เพื่อประเมินผลหลังการอบรม และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันแรกของการอบรม ใช้เวลา 8 ชั่วโมง เวลา 8.00 – 17.00 น.) กิจกรรมมีดังนี้สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ชักถามเรื่องทั่วไปก่อน และให้ผู้เข้าร่วมแนะนำตนเองและความคาดหวังที่เข้าอบรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสรุปความต้องการของผู้เข้าอบรม และชี้แจงถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ถึงสาเหตุ ชนิด อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองทางด้านอาหาร ออกกำลังกาย ยาที่ใช้รักษาเบาหวาน การดูแลตนเองโดยทั่วไป ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. ผู้วิจัยสังเกตผู้เข้าร่วมโครงการฯ สีหน้า ท่าทาง ประเมินความเครียด ความวิตกกังวลขณะเข้าร่วมกิจกรรม ชักถามถึงอาการ อาการแสดงของโรคเบาหวานและให้ตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ผู้ซักถาม และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานร่วมด้วย

3. ผู้วิจัยนำเสนอตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ดี มาเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของตนเอง เรื่อง การรับประทานอาหาร การกินยา การออกกำลังกาย การดูแลตนเองโดยทั่วไป ให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ได้ทราบ

และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ชักถาม แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม และให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับตนเองในการดูแลสุขภาพ และให้สมาชิกให้กำลังใจ กล่าวคำชมเมื่อสมาชิกมีการปฏิบัติที่ดี และแนะนำเมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องให้ข้อมูลในสิ่งที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้แสดงความคิดเห็น และแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ โดยให้ผู้เข้าร่วมทุกคนช่วยกันอธิบาย

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มเลือกตัวอย่างชนิดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทำอาหาร โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 5 กลุ่มและให้เลือกรายการอาหารที่ไม่ซ้ำกันแต่ละกลุ่ม และเป็นรายการอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและจำนวนคุณภาพ และให้รับประทานอาหารร่วมกัน และหลังรับประทานอาหารให้อธิบายถึงคุณประโยชน์อาหารที่ตนเลือกทำ และอธิบายรายการอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานให้เขียนรายการอาหารที่บ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มละ 3 รายการและสอบถามผู้เข้าร่วมโครงการฯ สามารถบอกได้ถึงอาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวนอาหารที่รับประทานได้แน่นอน อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณ โดยให้ยืนตอบและแสดงความคิดเห็น

5. ผู้วิจัยกล่าวสรุปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ยกตัวอย่างอาหารแต่ละหมวดหมู่จากชุดสาธิตรายการอาหาร เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ชักถามและนัดหมายผู้เข้าร่วมโครงการฯ ในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ใช้เวลา 08.00 - 17.00 น. เวลาทั้งหมด 8 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ วัดความดันโลหิต รวมทั้งมีการประเมินความเครียด ความวิตกกังวล การสังเกตสีหน้า ท่าทาง และการสนทนา ชักถาม ประเมินอาการและอาการแสดงและสนทนา เมื่อพบปัญหา ผู้วิจัยได้ดูแลแก้ไขก่อนผู้วิจัยจะเริ่มกิจกรรม

2. ผู้วิจัยทบทวนเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การรักษา การดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ

สรุปและผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำ และสรุปพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและพูดชักจูงให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติตามการกล่าวคำชมสำหรับผู้ที่มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและให้กำลังใจในความพยายามของผู้เข้าร่วมโครงการฯ ที่ทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยสอนกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ชมวีดิทัศน์การออกกำลังกาย เรื่องการยืดเหยียดสำหรับผู้สูงอายุใช้เวลา 45 นาที ให้ผู้ปฏิบัติตามอย่างช้าๆ และถ้ามีอาการเหนื่อยเพลียมาก ให้หยุดพัก ให้ปฏิบัติตามความสามารถของแต่ละบุคคล หลังออกกำลังกายให้พักเหนื่อยรับประทานอาหารว่าง

4. ตัวแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมในกลุ่มมาสาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เล่าถึงการออกกำลังกายของตนเอง หลักการ วิธีการ ข้อห้าม ประสิทธิภาพการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้เพื่อนร่วมสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการออกกำลังกาย และผู้ดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ สาธิตการออกกำลังกายย้อนกลับกับผู้เข้าร่วมโครงการฯ และผู้นำกล่าวคำชมและให้กำลังใจกับกลุ่มสาธิต และกล่าวขอบคุณตัวแบบที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์

5. ให้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลเท้า การตรวจการบริหารเท้า และผู้วิจัยสอน สาธิต สรุปลักษณะการตรวจสุขภาพเท้าด้วยตนเอง เล็บขบ อาการชาเท้า คุณลักษณะผิวหนัง รอยแตกผิวหนัง ผิวกายตรวจสุขภาพเท้าด้วยตัวเองได้สำเร็จ และการดูแลเท้าโดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทำตาม มีการปฏิบัติ การดูแลเท้าในด้านการทำความสะอาดเท้า การเลือกใช้รองเท้า การบริหารเท้าที่ถูกต้อง

6. ตัวแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้รับการตัดเท้า เกี่ยวกับความรู้สีก่อนการตัดเท้า และสัมภาษณ์การปฏิบัติของตัวแบบที่ทำให้มีการตัดเท้า ความรู้สึกที่จะบอกผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง เพื่อป้องกันการตัดเท้า และเล่าปัญหาและประสบการณ์การเกิดแผลที่เท้าผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตเมื่อถูกตัดนิ้วเท้า

7. ตัวแบบที่ดีเล่าถึงพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้องวิธีการดูแลเท้าที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ พูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ

ดูแลเท้าได้ตามตัวแบบ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปฏิบัติดูแลเท้าของตนเองที่ได้ผลดี และกระตุ้นให้กลุ่มกล่าวชมเชยผู้ที่ปฏิบัติได้ดีให้กำลังใจผู้ที่มีปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหาลงอุปสรรคนั้นโดยให้เพื่อนในกลุ่มช่วยแก้ปัญหา

8. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ฝึกปฏิบัติการดูแลเท้า ประกอบด้วย การฝึกกายบริหารเท้า การฝึกทำความสะอาดเท้า รวบรวมข้อมูล สอบถามความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัว ความพึงพอใจ ต่อการจัดโครงการฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 4 ชุด

1. ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค และวิธีการรักษาเบาหวาน 7 ข้อ

2. ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ

2.1 การดำเนินโครงการด้านบริบท ความสอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิต ปัญหาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ วิธีการดำเนินชีวิต ความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มวิจัย ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ การประสานงาน โครงการมีแหล่งสนับสนุนงบประมาณมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน แบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ การให้ความหมายของแต่ละระดับความคิดเห็นต่อการประเมินของแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้แบ่งตามระดับความคิดเห็นของการประเมินแล้วนำมาเทียบในการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อการแปลผลของแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้กำหนดแบบอิงเกณฑ์

2.2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำเข้าของโครงการฯ ประเมินความรู้ในการอบรมของวิทยากร ขวัญกำลังใจในการทำงาน งบประมาณในการอบรม วัสดุอุปกรณ์ในการ

อบรม การจัดการสื่อในการอบรม ความเหมาะสมในการอบรม แบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ สำหรับการให้ความหมายหรือการกำหนดเกณฑ์ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยกำหนดเกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับด้านบริบทของโครงการฯ

2.3 แบบสัมภาษณ์กระบวนการดำเนินงานโครงการฯ ประกอบด้วย ความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย การวางแผน ความเหมาะสมในการฝึกอบรม การประสานงาน การดำเนินงาน ประชุมเพื่อติดตามโครงการฯ ความเหมาะสมของการรายงานโครงการฯ ความเหมาะสมในภาพรวมด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการฯ เป็นแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ การให้ความหมายแต่ละระดับ การกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย การแปลผลเช่นเดียวกับการแปลผลด้านบริบทโครงการฯ

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลผลิตโครงการฯ ประโยชน์ของการแก้ไขปัญหาสุขภาพความสามารถในการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติ และภาพรวมการประเมินผลผลิตโครงการ จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด สำหรับการให้ความหมายแต่ละระดับ และกำหนดเกณฑ์ของช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อการแปลผลมีกำหนดเกณฑ์เช่นเดียวกับแบบสอบถามด้านบริบทของโครงการฯ

2.5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับผลผลิตของโครงการฯ ประกอบด้วย

2.5.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบตัวเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามด้านลบได้แก่ ข้อ 2, 6, 7, 11, 13 คะแนนคิดเป็นร้อยละข้อคำถามด้านบวกได้แก่ ข้อ 1,3,4,5,8,9,10,12,14,15,16,17 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคิดด้านบวกให้ 1 คะแนนถ้าตอบไม่ชี้ให้ 0 คะแนน คะแนนคิดเป็นร้อยละและแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ แล้วนำค่าร้อยละมาเทียบคะแนนแบบอิงเกณฑ์

2.5.2 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร 5 ข้อ ทัศนคติด้านการรักษาพยาบาล 4 ข้อ ทัศนคติด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเอง 5 ข้อ ทัศนคติด้านความรู้ 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ และนำมาเทียบเกณฑ์ การแปลความหมายของระดับคะแนนทัศนคติ

2.5.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตน แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ การรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด 6 ข้อ การดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 6 ข้อ รวม 21 ข้อ เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย แล้วนำค่าเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์แบบอิงกลุ่ม

2.5.4 น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความเสี่ยงต่ำ หมายถึง HbA1C น้อยกว่า 7% การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง HbA1C เท่ากับ 7.0-7.9% การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความเสี่ยงสูง หมายถึง HbA1C มากกว่า 8 %

2.5.5 ความพึงพอใจต่อโครงการฯ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุดแล้วนำค่าเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การศึกษาวรรณกรรม ทฤษฎีเกี่ยวกับประเมินผลโครงการ

2.กำหนดชื่อเรื่อง ปัญหางานวิจัย กำหนดวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดงานวิจัยและกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

3.ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้ สร้างแบบสอบถามและตรวจสอบ นำเครื่องมือดังกล่าวไปหาความเชื่อมั่นและความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แนะนำหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร

4.การหาความเที่ยงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบ

ทดสอบที่ได้ดัดแปลงโดยผู้เชี่ยวชาญและมีความสามารถในด้านนี้ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

5.การหาค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อย่างน้อย 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ หาความเชื่อมั่น โดยกำหนดหาความเชื่อมั่น มากกว่า 0.70 จึงจะนำเครื่องมือไปใช้สำหรับคำถามที่เป็นการประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่าได้แก่ แบบสอบถามด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ การแปรรูป ค่าความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป สำหรับการศึกษาค้นคว้านี้ได้ค่าทดสอบความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเบาหวานของผู้สูงอายุ คือ การประเมินผลด้านบริบท เท่ากับ 0.852 ปัจจัยนำเข้าเท่ากับ 0.943 ด้านกระบวนการ เท่ากับ 0.929 และผลผลิตเท่ากับ 0.920

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จัดทำแผนการเรียนรู้โดยประยุกต์การเรียนรู้การสอนร่วมกับการสาธิตการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยตัวแบบผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และให้ศึกษาทางด้านวิธีทศน์พร้อมแจกคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.แผนการจัดการเรียนการสอนในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ เนื้อหาการเรียน กิจกรรมการสอน สื่อการสอน ระยะเวลา การประเมินผลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ความหมาย สาเหตุชนิด การดูแลตนเองเกี่ยว เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเป็นสื่อสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในการทบทวนความรู้ในการเรียนและเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ประกอบการเรียนในครั้งนี้ ซึ่งเนื้อหาในคู่มือ มีความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาเบาหวาน และการดูแลตนเองด้านการรับประทาน อาหาร ทำสำหรับผู้สูงอายุในการออกกำลังกายแบบยืด

เหยียดกล้ามเนื้อ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3. วิธีทศน์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ชมการแสดง ผู้วิจัยได้ใช้เป็นสื่อการเรียนการสอน จัดทำโดยโรงพยาบาลศิริราช เนื้อหาเป็นการแนะนำโรคเบาหวาน การป้องกัน การดูแลตนเองสำหรับคนที่เป็นเบาหวานให้มีความรู้ สาเหตุการเกิด ประเภท อาการ การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้สูงอายุจะเข้าใจง่าย มีภาพให้เห็นชัดเจน ระยะเวลา ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อพรรณนาลักษณะของข้อมูลจากแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ คุณลักษณะประชากร การประเมินผลด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลผลิต และอุปสรรคปัญหา ข้อเสนอแนะในการดำเนินการโครงการใช้การประเมินผลเนื้อหา การจัดหมวดหมู่ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดการประเมินผล ส่วนผลของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ใช้ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำเพื่อขออนุญาตประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและการใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรม การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0282564

ผลการวิจัย

1.ผู้สูงอายุทั้งหมด 103 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.8 %) สถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่า (61.2 %) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (40.8%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (68%) รายได้ตั้งแต่ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (62.1%) ป่วยมาแล้ว 5-10 ปี (44.7%) รักษาโดยกินยา (55.3%) มีภาวะแทรกซ้อน (68.9%) ที่พบมากที่สุด คือ การขาดตามปลายมือปลายเท้า (28.2%)

2. ผลการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุมีความคิดเห็นด้านบริบทโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.64, SD=0.23) ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.45,SD=0.27) ด้านกระบวนการของโครงการฯโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean =3.64,SD=0.15) ผลผลิตของโครงการฯ ด้านความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (60.2%) พัฒนคติโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 1.65,SD= 0.23) พฤติกรรมการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean =1.49, SD=0.28) และหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุมี HbA1C ลดลงต่ำกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่า HbA1C ลดลงเท่ากับ 1.43 mg% (95%CI: 1.21, 1.64) และมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32,SD=0.15)

วิจารณ์

ด้านบริบทของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก พบผลเช่นเดียวกับการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต.อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลการประเมินการดำเนินงาน อ้างอิงรูปแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam ด้านบริบทอยู่ในระดับมาก⁵

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อปัจจัยนำเข้าของโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิทยากรในการอบรมครั้งนี้มีคำสั่งให้เป็นผู้รับผิดชอบงาน NCD ให้จัดทำโครงการและรายงานผลการดำเนินงาน วิทยากร มีความรู้มีวิธีการและกลวิธีการดำเนินโครงการ พยาบาลมีอัธยาศัยดีและบุคลิกภาพดี วิทยากรมีการวิเคราะห์ผู้เรียน การวางแผนการสอน กระบวนการที่มีขั้นตอนที่ชัดเจน เป็นลำดับ ตามวันเวลา มีการจัดทำตาราง บรรยากาศในการเรียนและคำนึงถึงความรู้สึกของผู้เรียนซึ่งเป็นผู้สูงอายุ การดูแลการทำกิจกรรมต้องทำตามความสามารถของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสมชาย รัตนทองคำ⁶ กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการ

การต่อเนื่องซึ่งผู้สอนจะต้องมีการวิเคราะห์ผู้เรียน เนื้อหา และวางแผนจัดลำดับ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในผู้เรียน การสอนควรมีกระบวนการที่มีขั้นตอนที่ชัดเจน เป็นลำดับ รวมถึงผู้สอนควรคำนึงถึงอารมณ์ ความเหมาะสมของสถานการณ์ บรรยากาศในการเรียนและคำนึงถึงความรู้สึกของผู้เรียนร่วมด้วย และเป็นที่น่าสังเกตว่าข้อที่มีความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยสุด เรื่อง วัสดุ ที่ใช้ในการอบรม เช่น คู่มือเบาหวานและสื่อสุขศึกษามีความเหมาะสม สื่อด้านคู่มืออาจมองไม่เห็นหนังสือตัวเล็ก กลุ่มผู้เรียนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อุปสรรคหนึ่งของการให้สุขศึกษาจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อายุมากกว่า 63 ปี มีอุปสรรคต่อการมองเห็น เนื่องจากม่านตามีขนาดเล็กลงจากกล้ามเนื้อส่วนที่ควบคุมการขยายตัวทำงานเล็กลง แก้วตาหรือเลนส์จะขุ่นขึ้นจากการสะสมของโปรตีนที่เสื่อมสภาพ ปัญหาต่อการได้ยินมีการเปลี่ยนแปลงของหูชั้นในที่เรียกว่า Cochlear ทำให้สูญเสียความสามารถการได้ยินเสียงความถี่สูงไปนอกจากนั้น ยังพบว่า ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำระยะสั้น ต้องใช้เวลานานขึ้นในการนึกบททวน ความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางตรรกะวิยาลดลง สื่อการเรียนการสอนต้องให้เหมาะกับสายตา หู ซึ่งเป็นการหาอุปกรณ์ที่ต้องมีข้อจำกัด ทำให้ความพร้อมอาจลดน้อยลง จึงได้บริหารในเรื่องวัสดุอุปกรณ์

สำหรับด้านอื่นๆ จำนวนวัน ระยะเวลา เนื้อหาความรู้ หัวข้อเรื่อง สถานที่จัดโครงการ ด้านวัสดุ คู่มือการอบรม ครุภัณฑ์ที่ใช้ในการอบรม สื่อใช้ตามวิถีทัศน์ สื่อบุคคล ความเหมาะสมระดับปานกลาง อาคารสถานที่ อำนวยความสะดวกเหมาะสม เพียงพอในการนั่ง อาภาศเย็นสบาย การบริการอำนวยความสะดวก มีความคิดเห็นว่ามีเหมาะสมโดยรวมระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเรื่องเวลา บางท่านต้องนอนกลางวัน วันละ 1-2 ชั่วโมง เวลาในการอบรม ต้องมีเทคนิคสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายนำไปปฏิบัติได้เหมาะสม

ด้านกระบวนการ มีความคิดเห็นต่อกระบวนการของโครงการฯโดยรวมอยู่ในระดับมากทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินโครงการฯ ครั้งนี้มีคำสั่งให้ผู้รับผิดชอบดำเนินงานโครงการเขียนแผนงานเพื่อขอจัดทำโครงการกับกองทุนหลัก

ประกันสุขภาพและรออนุมัติ มีการประชุมกับกลุ่มผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวคำและทีมงานวิทยากร ทั้งผู้ดูแล ผู้สูงอายุในการวางแผน กิจกรรมในการสอน ระยะเวลา และผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจนซึ่งผู้รับผิดชอบโครงการมีการจัดบุคลากรทำคำสั่งให้วิทยากรในการให้ความรู้ ตามเวลาที่กำหนด มีการประสานงานกับวิทยากรกับกลุ่มเป้าหมายการประชาสัมพันธ์โครงการให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมในการจัดเก็บและผู้รับผิดชอบโครงการมีการติดตามผลโครงการได้มีประสิทธิภาพพร้อมรายงานผลการดำเนินงาน ในกระบวนการให้สุศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญ พอๆกับตัวผู้ให้สุศึกษา การมีแบบแผนที่ดี มีกระบวนการที่ชัดเจน จะนำไปสู่ความสำเร็จ เช่นเดียวกับสมพงษ์ หามวงศ์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ⁷ ได้พัฒนาโปรแกรมสุศึกษาแบบผสมผสาน ทั้งการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอผ่านตัวแบบด้านบวก รวมถึงการกำหนดพันธกิจและการติดตามเยี่ยมส่งผลกระทบต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผลที่ตามมา คือ การควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติได้

จากโครงการดังกล่าวได้นำมาปฏิบัติในการให้สุศึกษา ก่อนรับบริการเช่นเดียวกันทุกเดือนในคลินิกเบาหวาน จุดแข็งให้ความรู้ขณะรอตรวจ เป็นการกระตุ้นการหลงลืมของผู้สูงอายุ ใช้หลักการกระตุ้นรายที่น้ำตาลสีแดง จุดอ่อนกลัวฟังกลัวตีความไม่ทันเดินไปมาไม่นั่ง วิธีการปรับปรุงก็คือขณะให้ความรู้หยุดบริการชั่วคราว 30 นาที ซึ่งความก้าวหน้าการให้สุศึกษานี้อาจเปลี่ยนเป็นให้ขณะเยี่ยมบ้านร่วมด้วย และให้ผู้ดูแลมีความรู้เพื่อให้คำแนะนำได้ถูกเช่นกันเพื่อเป็นที่ปรึกษาได้

ด้านผลผลิต มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (60.2%) สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมอยู่ระดับสูง 49.0% ; 54.8% ; 71.25%^{8,9,10} ส่วนด้านระดับทัศนคติมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา บ้านกลาง¹¹ ที่พบว่า มีทัศนคติที่

ดีต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี

การปฏิบัติตัว พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกับงานวิจัยของกฤษฎา คำลอยฟ้า¹² ซึ่งพบว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีและการศึกษาของอโนทัย เหล่าเที่ยง¹³ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง

หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุมี HbA1C ลดลงกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่า HbA1C ลดลงเท่ากับ 1.43 mg% (95%CI : 1.21, 1.64) ในทำนองเดียวกับผลการวิจัยของขวัญใจ เพ็ญนิ่มและสุจิตร์ พุนเกิด¹⁴ ซึ่งพบว่า ค่า HbA1C หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพฯ ของผู้ป่วยเบาหวาน ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กิจกรรมกลุ่มเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับคลินิกเบาหวาน เป็นการให้ผู้ป่วยมีการทบทวนความเคยชิน ประเมินแรงจูงใจวางแผนการปรับพฤติกรรมที่ตรงกับบริบทของตนเองที่คิดว่าตนเองพอจะทำได้และต่างจากพฤติกรรมเดิม การได้รับความรู้ที่ตนเองสนใจ การใช้กิจกรรมใหม่เข้ามาสอดแทรกและการเห็นตัวแบบจากวิดีโอ เกิดความรู้ใหม่ที่สามารถไปปรับใช้กับตนเองในชีวิตประจำวันไม่ให้เกิดความซ้ำซากทำให้เกิดการเรียนรู้ และการสื่อสารกันอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้เป็นไปได้อย่างดีซึ่งเป็นการกระตุ้นที่ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความรู้มากขึ้น และรับรู้ประโยชน์ของ การกระทำจึงส่งผลให้มีกำลังใจและดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ส่วนความพึงพอใจของโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า รูปแบบการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น คือ ให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ให้ยา และมีการติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ หลังจากการมารักษาแต่ละครั้งในช่วง 2 เดือนแรก หากพบว่าในเดือนที่ 3 ผู้ป่วย

ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก็จะส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยาให้เหมาะสม และทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุและส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแล ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการใช้การดูแลแบบเดิมๆ ที่เคยใช้ คือ ให้การตรวจรักษา แล้วให้คำแนะนำต่างๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ให้อาสาสมัครไปปรับประคบ และการนัดหมายให้มาตรวจตามนัด ส่งผลให้ผู้ที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก (77.5%)¹⁵ และมีความพึงพอใจต่อการเสริมสร้างสมรรถนะทางกายเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง (Mean =4.90, SD. =0.27)¹⁶

ข้อเสนอแนะ

ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าโครงการให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานในผู้สูงอายุแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เป็นเบาหวาน ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นโครงการนี้จึงควรดำเนินการต่อไป แต่จากผลการวิจัยดังกล่าว เมื่อผ่านการอบรมไปนานจนครบปี กว่าประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานเริ่มลดลง HbA1C เริ่มสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการจัดการอบรมให้แก่ผู้เป็นเบาหวานที่เข้าโครงการซ้ำ เพื่อสนับสนุนและทบทวนความรู้ ในช่วง 2-3 เดือนต่อครั้ง ภายหลังจากการอบรมครั้งแรกไปแล้ว ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานคงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ความกรุณาจาก ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักที่ กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ. งานพัฒนายุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ.2563. ร้อยเอ็ด : รพ.สต. ; 2563.
2. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560 ; 11(1) : 26-36.
3. ประภาพร มโนรัตน์. ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง : ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต. 2556 ; 5(2) : 98-103.
4. วิมลรัตน์ วันเพ็ญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดแบบสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้มีปัญหาพนัน. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. 2561.
5. วิภาพร อุดมมะ. การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต.อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2560 ; 31(4) : 577 – 88.
6. สมชาย รัตนทองคำ. ทฤษฎีการเรียนรู้ของนักการศึกษาที่มักถูกนำมาใช้พัฒนาการเรียนการสอน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น : ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://ams.kku.ac.th/aalearn/resource/edoc/tech/54/4psycho54.pdf>
7. สมพงษ์ หามวงษ์, พรณิษฐ์ ชัยพรพัฒน์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2556 ; 28(4) : 451-60.
8. ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชรนิษฐ์ จันทน์ปัญญา, สุธิธิดา ปาเป้า, เสาวณี เป้าจันทร์, ธรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลีและคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ. 2562 ; 6(2) : 53-62.

9. วรธนา วงศ์ช, เกศกานดา ศรีระชา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน-ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมคีรี พ.ศ.2557 [อินเทอร์เน็ต]. นครศรีธรรมราช : โรงพยาบาลพรหมคีรี; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.promkiri.go.th/detail/doc_download/a_270514_115121.pdf
10. จรัสศรี เอี่ยมมะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล 3 เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต] : นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา ; 2554.
11. อภิญญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์, ปรีศนา รดสีดา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2559 ; 3(1) : 85-95.
12. กฤษณา คำลอยฟ้า. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอกันสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2554 ; 17(1) : 17-30.
13. อโณทัย เหล่าเที่ยง. ความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://drn.nrcr.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/193926>
14. ขวัญใจ เพ็ญนิม, สุจิตร์ พูนเกิด. ผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1C มากกว่าร้อยละ 7 ต่อ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง [อินเทอร์เน็ต]. พัทลุง : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://data.ptho.moph.go.th/pphoboard/256006>
15. อนุชา วรหาญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2561 ; 12(27) : 9-22.
16. ชิตชนก ศิริวิบูลยิกิตี และกุลนาถ มากบุญ. โปรแกรมท่าศาลา การเสริมสร้างสมรรถนะทางกายการลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563 ; 39(1) :127-37.

การวิจัยและประเมินผลแนวทางการดำเนินงาน และเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

Research and Evaluate of Guidelines Participatory for Implementation and Surveillance Rabies Nong Hi District, Roi-Et

สุเพียร สมานา*

Supian Samana

Correspondence author : Email : Samana@gmail.com

(Received : March 29,2021 ; Revised : April 7, 2021 ; Accepted : April 28, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า แบบมีส่วนร่วม อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ออกแบบและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ทดลองใช้แนวทาง และประเมินประสิทธิภาพของแนวทาง เครื่องมือที่ใช้พัฒนาเป็นแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ .90 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 แบบบันทึกและแบบวัดความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และ 95% CI

ผลการวิจัย : 1) แนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดทำแผนและการสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน (95%CI; 7.096, 7.858) หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน (95%CI; 1.051, 1.191) ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.16, SD. = 0.57) และผลการสำรวจสุนัขและแมวพบว่า มีสุนัขจำนวน 4,897 ตัว และแมวจำนวน 673 ตัว รวม 5,570 ตัว สุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีน 5,570 ตัว คิดเป็น 100.0%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการดำเนินงานฯ ส่งผลให้เครือข่ายมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังฯ ความพึงพอใจ และผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำแนวทางนี้ไปดำเนินการในพื้นที่

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทาง ; เฝ้าระวัง ; โรคพิษสุนัขบ้า ; การมีส่วนร่วม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฮี

ABSTRACT

Objectives : To develop and evaluate a guidelines participatory for Implementation and surveillance rabies Nong Hi District, Roi-Et

Study design : Research and development.

Materials and Methods : The research procedure consisted of 4 stages as follows : Stage 1 : studying the base datum, on rabies implementation and surveillance, creating the community-based rabies implementation and surveillance model, doing a pilot study of participatory rabies implementation and surveillance model, and evaluate a development of participatory rabies implementation and surveillance model. The participatory models for rabies implementation and surveillance were instruments. Data were collected by using the knowledge test with the total confidence value (KR-20) equal to .90, the participation questionnaire with the total confidence value of .89, record form and satisfaction test form. Descriptive statistics were analyzed using and Paired t-test to test level of confidence. 05 and 95% CI.

Main findings : The development participatory rabies models for implementation and surveillance procedure consisted of 4 stages as follows; (1) studying a context and analyzing a situation, (2) creating an action plan,(3) implementing, and (4) exchanging knowledge and reflection. After intervention, found that; samples had knowledge mean scores about rabies operations and surveillance overall more than before development ($p < .001$) with a knowledge score greater than before development was 7.48 scores (95% CI; 7.096, 7.858) and the sample had an overall participation mean scores greater than before development ($p < .001$) with a participation scores greater than before development was 1.12 (95% CI ; 1.051, 1.191). Overall satisfaction was at the level of high (Mean = 4.16, SD = 0.57). A survey of dogs and cats showed that there were 4,897 dogs and 673 cats, a total of 5,570; dogs and cats were vaccinated, 5,570 (100.0%)

Conclusion and recommendations : Results of this study suggest that . There were providing a network with knowledge and participation in implementation and surveillance, increasing satisfaction and operating results, therefore, relevant agencies should take this model into action.

Keywords : Development ; Evaluate ; Rabies ; Implementation and surveillance

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าหรือโรคกลัวน้ำเป็นโรคติดต่อในระบบประสาทจากสัตว์สู่คน มีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต ผู้ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะเสียชีวิตเกือบทุกราย เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษา แต่ทั้งนี้โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน ดังรายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตสูงสุดในปี พ.ศ. 2523 จำนวน 370 ราย¹ และพบผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ให้ความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยกำหนดเป้าหมายที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2563 กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันในการดำเนินงานเพื่อเป็นเส้นทางสู่เป้าหมายของการเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภายในปี พ.ศ. 2563² แต่สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 2 เมษายน 2561 ในประเทศไทยพบรายงานผลบวกของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 1,188 ตัว คิดเป็นร้อยละ 13.78 ของตัวอย่างทั้งหมด (8,624 ตัว) จาก 77 จังหวัด โดยจังหวัดที่พบสูงสุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด คิดเป็นร้อยละ 13.05 แบ่งเป็นตัวอย่างจากระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (การเก็บตัวอย่างเมื่อพบสัตว์สงสัย/ชันสูตร) จำนวน 1,717 ตัวอย่าง พบผลบวกร้อยละ 52.88 และเป็นตัวอย่างเฝ้าระวังเชิงรุก จำนวน 6,907 ตัวอย่าง พบผลบวกร้อยละ 4.05 ซึ่งตรวจพบมากที่สุดในพื้นที่สุนัข คิดเป็นร้อยละ 88.72 นอกจากนี้ ตัวอย่างที่พบผลตรวจในสุนัข-แมวที่มีเจ้าของ ร้อยละ 53.45 ไม่มีเจ้าของ ร้อยละ 36.39 และไม่ทราบประวัติว่ามีเจ้าของ ร้อยละ 10.16 และพบว่า สุนัข-แมว ไม่ได้ฉีดวัคซีนร้อยละ 48.55 ฉีดวัคซีน ร้อยละ 13.70 และไม่ทราบประวัติ ร้อยละ 37.752 ใน 3 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 5 ราย จาก 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ตรัง สุรินทร์ สงขลา และ นครราชสีมา³ ถือว่าโรคนี้ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2561 รายงานสถานการณ์โรคที่เกิดขึ้นในอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด พบรายงานจากการเฝ้าระวังเชิงรุก และตัวอย่าง

หัวสุนัขที่ส่งตรวจให้ผลบวก จำนวน 2 หัว ในทำนองเดียวกับผลจากการสำรวจนร่อง (Pilot Survey) พบว่า แกนนำชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ทักษะ การปฏิบัติภายหลังจากถูกสุนัขบ้าหรือสัตว์ที่สงสัยว่าบ้ากัด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันสัตว์จากโรคพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนในสัตว์ การเฝ้าระวังทางอาหาร⁴ นอกจากนี้ ยังพบว่า ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในสัตว์ยังต่ำ และยังพบสุนัขจรจัดจำนวนมากขึ้น การจัดทำงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ ยังไม่มีความชัดเจน ประชาชนยังขาดความรู้ ความตระหนักในการเลี้ยงสัตว์ตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 ขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในคนและสัตว์ ไม่มีหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา และแนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน⁴

จากการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ชี้ให้เห็นว่าการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่พบว่า สุนัขที่ติดเชื้อมีพิษสุนัขบ้า นั้นเป็นสุนัขที่มีเจ้าของมากถึงร้อยละ 56.43⁵ และผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าร้อยละ 80.0 มีสาเหตุมาจากการถูกสุนัขกัด⁶ แนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า นั้น จะต้องมีการบูรณาการดำเนินงานที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ทั้งนี้ แต่ละขั้นตอนต้องมีผู้รับผิดชอบ หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบ โดยมีเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไก การขับเคลื่อน ในระดับพื้นที่ที่มีการจัดมาตรการป้องกันโรคก่อนฤดูการระบาด ติดตามผลการดำเนินงาน และการจัดทำรายงานผล (Report Case) เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคตามบริบทของชุมชน และมีการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการทำงานที่ผ่านมา เพื่อนำไปปรับปรุงการทำงานในครั้งต่อไป เช่นเดียวกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่ใช้หลัก “คาถา 5 ย” เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อโดยป้องกันอย่าให้ถูกสุนัขกัด ข่วน ได้แก่ 1) อย่าเหยียบบริเวณลำตัว ขา หรือหางของสัตว์ 2) อย่าแยกสัตว์ที่กำลังกัดกัน 3) อย่าแหย่สัตว์เพราะอาจโดนข่วนหรือกัดได้ 4) อย่าหยิบอาหารขณะสัตว์กำลังกิน 5) อย่ายุ่งกับสัตว์ที่ไม่รู้จักคุ้นเคย

ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและไม่ให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าได้ ทั้งนี้ ศฤกษिता ภิเศกและประพันธ์ศักดิ์ ฉวีราช⁷ ได้แนะนำให้สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคในระดับชุมชน และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวัง และประเมินผลแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม เพื่อค้นหาแนวทางที่จะทำให้อัตราอุบัติการณ์ลดลงและหมดไปจากประเทศไทยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินแนวทางการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D)⁸ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁹ และยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิจัย เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า

1.1 ประชากรศึกษา ในการวิจัยขั้นตอนนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

ประชากรศึกษา เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ อาสาสมัครปศุสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

งานสิ่งแวดล้อม/สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอหนองฮี ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน ทุกตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลทุกแห่ง และผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในอำเภอหนองฮีทุกแห่ง และเกณฑ์คัดออก คือ เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคำสั่งให้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่อื่นในระหว่างดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 56 คน

กลุ่มที่สอง เป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว

ประชากรศึกษา เป็นเครือข่ายในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์ คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ย้ายถิ่นที่อยู่ขณะดำเนินการวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยมีเครือข่ายเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งเป็นแกนนำชุมชน อาสาปศุสัตว์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเครือข่ายในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก 270 คน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากงานวิจัยของหทัยกาญจน์ ยางศรี¹⁰ และคณะผู้วิจัย¹¹ โดยสร้างข้อคำถาม กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหา และทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ นำมาสร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลสภาพปัญหาการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เลี้ยงสุนัข และจำนวนสุนัขที่เลี้ยง มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ตอนที่ 2

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูล ประเภทข่าวสาร และช่องทางที่สะดวกที่สุด ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการควบคุม และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถาม ให้เลือกตอบ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .60-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (B) .48-.80 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ .90 และค่าความยากง่าย (P) .39-.77 ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ ประเด็นการวางแผน การดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และประเมินผลการปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมมาก (เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำเมื่อมีการ จัดขึ้นทุกครั้ง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้ง) เท่ากับ 3 คะแนน มีส่วนร่วมปานกลาง (เข้าร่วมกิจกรรม เมื่อมีการจัดขึ้นเกือบทุกครั้ง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้ง) เท่ากับ 2 คะแนน และมีส่วนร่วมน้อย (เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อมีการจัดขึ้นบางครั้ง หรือไม่เคยเข้าร่วม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้งหรือไม่ได้มีส่วนร่วม) เท่ากับ 1 คะแนน โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความ สอดคล้อง (IOC) .60-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) .40-.76 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบัก เท่ากับ .89

2) แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ สภาพปัญหาและความต้องการการดำเนินงานและ การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า เป็นอย่างไร และแนวทางการ ดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในอนาคต ท่านคิดว่าควรเป็นอย่างไร

1.3 การดำเนินการ

1) การวิเคราะห์ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงาน วิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และ สืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และสังเคราะห์หลักการ

แนวคิด ทฤษฎี เพื่อใช้เป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรการวิจัย

2) สรุปรวบรวมปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวัง โรคพิษสุนัขบ้า และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

3) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการ ประมวลเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดสนทนากลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อจะหาข้อมูลที่ต้องตรงประเด็น สำหรับตอบคำถามการวิจัย โดยเฉพาะข้อมูลที่ดีควรจะมา จากการอภิปรายกลุ่ม

4) วิเคราะห์และสรุปสภาพปัญหาการดำเนินงาน และเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า

1.4 สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ ปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยการ หาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

ขั้นที่ 2 การพัฒนา เป็นการออกแบบและพัฒนา นวัตกรรมด้านสุขภาพ กำหนดและยกวางแผนทางการ ดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า

2.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 56 คน (จาก ขั้นตอนที่ 1)

2.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อยๆ ละ 11 คน แต่ละกลุ่มจะได้ ประเด็นการสนทนา 3 ประเด็น คือ (1) ท่านมีแนวทางใน การเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ได้อย่างไร (2) ท่านมีแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าใน คนได้อย่างไร และ (3) ท่านจะดำเนินการอย่างไร เมื่อเกิด โรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ของท่าน หลังจากนั้นจึงสรุปประเด็น จากทั้ง 5 กลุ่มย่อย

2) นำข้อสรุปที่ได้จากขั้นวิจัยและข้อสรุปประเด็น จากการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต มาสังเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เพื่อเป็นองค์ประกอบยกร่างแนวทางฯ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา ขั้นตอนการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า การวัดและประเมินผล และเงื่อนไขการนำไปใช้

3) การหาคุณภาพของแนวทางฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 7 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ด้านการควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 3 คน ด้านการบริหารสาธารณสุข 3 คน และด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวทาง จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ความเหมาะสม/เป็นไปได้มากที่สุด (ให้ 5 คะแนน) มาก (ให้ 4 คะแนน) ปานกลาง (ให้ 3 คะแนน) น้อย (ให้ 2 คะแนน) และน้อยที่สุด (ให้ 1 คะแนน) ซึ่งแบบประเมินฯ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .60-1.00

4) ปรับปรุงข้อมูลที่ได้จากการประชุม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และพิจารณาความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลหนองฮี

5) ผู้วิจัยจัดทำโครงการพัฒนาแนวทางฯ และจัดทำคู่มือดำเนินงานตามโครงการ

2.3 สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) เพื่อจัดข้อมูลที่กระจัดกระจายให้อยู่เป็นระบบ จำแนกข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกัน มารวมกันไว้เป็นหมวดหมู่ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวทาง โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

ขั้นที่ 3 การวิจัย : เป็นการนำแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า แบบมีส่วนร่วม ที่ได้จากขั้นที่ 2 ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

3.1 ประชากร เป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัขหรือแมว มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

ย้ายถิ่นที่อยู่ขณะดำเนินการวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80.0 โดยมีเครือข่ายเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเป็นแกนนำชุมชน อาสาปศุสัตว์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นเครือข่ายในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 270 คน ซึ่งได้มาแบบสุ่ม (Sampling random)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า แบบมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และแบบประเมินค่าแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (ให้ 5 คะแนน) มาก (ให้ 4 คะแนน) ปานกลาง (ให้ 3 คะแนน) น้อย (ให้ 2 คะแนน) และน้อยที่สุด (ให้ 1 คะแนน) โดยแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์กำหนด

2) แบบรายงานการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

3.3.2 แนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ชั้น คือ

1) บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสำรวจสภาพปัญหาการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และสรุปสภาพปัญหาโดยรวม เสนอผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2) การจัดทำแผนงานดำเนินการ การจัดทำแผนหลักแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ (1) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ (2) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน และ (3) แผนการดำเนินการเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากเครือข่ายต่างๆ มาร่วมดำเนินงาน

4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การจัดประชุมเครือข่ายและชุมชน ระดม

ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดมาตรการของชุมชน พัฒนาเครือข่ายด้านองค์ความรู้ กระบวนการดำเนินงาน จัดหาวัคซีน วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และการบูรณาการ เป็นทีมเฉพาะกิจในกรณีมีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า

3.4 วิธีดำเนินการวิจัย ในขั้นตอนนี้ออกแบบ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการพัฒนา โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) กำหนดพื้นที่วิจัย เป็นอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

2) ขั้นตอนเตรียมการ

(1) ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

(2) วิเคราะห์บริบทกระบวนการการพัฒนา และการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชน

(3) ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวิจัย

(4) เตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

(5) เตรียมและสร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูล

3) ขั้นตอนการทำวิจัย กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

(1) การสำรวจสภาพปัญหาการดำเนินงาน และการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน และเป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว และสรุปสภาพปัญหาโดยรวม เสนอผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

(2) การจัดทำแผนงานดำเนินการ โดยแผนหลักแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ (1) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ (2) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน และ (3) แผนการดำเนินการเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ และการดำเนินงาน โดยมี

ภารกิจย่อย 5 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหะนำโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และการควบคุมจำนวนสุนัข

(3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากเครือข่ายต่างๆ เช่น อาสาสมัครปศุสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อม/สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอหนองฮี ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้านและกำนันทุกตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลทุกแห่ง และผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในอำเภอหนองฮีทุกแห่ง มาร่วมดำเนินงาน

(4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การจัดประชุมเครือข่ายและชุมชน ค้นข้อมูลจากการประเมินผล และระดมความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดมาตรการของชุมชน พัฒนาเครือข่ายด้านองค์ความรู้ กระบวนการดำเนินงาน จัดหาวัคซีน วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ การบูรณาการเป็นทีมเฉพาะกิจในกรณีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า จัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจโรคพิษสุนัขบ้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นศูนย์กลางประสานงานระหว่าง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สาธารณสุข ปศุสัตว์ และท้องถิ่น โดยมีแกนนำและองค์กรชุมชนเข้าร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับทีม จากการระดมแนวคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดกิจกรรมในการดำเนินงานที่สำคัญในพื้นที่ เช่น 1) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานงานเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ เป็นจุดบริการวัคซีนในสุนัขและแมว 2) จัดทำโครงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฉีดวัคซีนในสุนัขและแมว 4) สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลสัตว์อย่างต่อเนื่องทุกปี ฉีดวัคซีน กำเนิด ทำหมัน กำจัดสุนัขจรจัด 5) สร้างและพัฒนาเครือข่าย

ชายและระบบเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ การลงพื้นที่สอบสวนโรค ร่วมกันของทีมบูรณาการทั้งในคนและในสัตว์ การจัดประชุม ประชาคมเครือข่าย และกำหนดมาตรการชุมชนและการ สะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีชุมชนเป็นตัว ร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อมุ่งสู่การเป็นพื้นที่ ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า ตามกิจกรรมสำคัญ คือ เฝ้าระวัง สอบสวนค้นหาคนและสัตว์ที่สัมผัสโรค ประชาสัมพันธ์เชิง รุกทั้งในวัด บ้าน โรงเรียน เคาะประตูบ้าน หอกระจายข่าว การเตรียมการ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน บุคลากร การอบรมฟื้นฟู ความรู้ฝึกทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน การเตรียมพร้อม รับสถานการณ์ผิดปกติ ระดมเครือข่าย โดยการบูรณาการ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับอาสาปศุสัตว์ ในการ เฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค และสร้างความรู้และความ ตระหนัก/ความรู้ในการเลี้ยงสัตว์ กฎหมายคุ้มครองสัตว์ พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 และการป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงการสร้างความร่วมมือด้านการสร้าง พื้นที่ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า คือ การจัดการปัญหาในครัวเรือน และในชุมชน การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและปศุสัตว์

3.5 สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูลความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้า ระวังโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูล ทั้ง 2 ตัวแปร มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) ($p = 0.871$ และ 0.44) ตามลำดับ ดังนั้น จึงวิเคราะห์ด้วย สถิติ Paired t-test ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นที่ 4 การพัฒนา โดยเป็นการประเมินผลแนวทาง

4.1 การประเมินผลหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม การมีส่วนร่วม แบบทดสอบ แบบรายงานการดำเนินงานและ เฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และแบบสอบถามความพึงพอใจ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

เลขที่ COE 1022561 หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับ อนุญาตในการทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว จากนั้น ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาค้นครั้งนี้ขึ้นกับความสมัครใจของ กลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ และข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และหากมีการนำข้อมูลไปอภิปรายเผยแพร่ จะเป็นการเสนอ เฉพาะในเชิงวิชาการโดยเสนอผลในภาพรวม กลุ่มตัวอย่าง สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดย ไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความ ร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการ วิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1) ผู้ที่ร่วมรับผิดชอบงานทั้งหมด 56 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (53.6%) อายุเฉลี่ย 45 ปี ($SD = 8.45$) จบการ ศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (60.7%) อาชีพ รับราชการ (50.0%) ส่วนเครือข่ายในชุมชนทั้งหมด จำนวน 270 คน พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (69.6%) อายุเฉลี่ย 43 ปี ($SD = 11.18$) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (46.7%) อาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร (57.8%) รายได้เฉลี่ย 10,924 บาท ($SD = 9331.51$) เลี้ยงสุนัขหรือแมวมาแล้วเฉลี่ย 4.7 ปี ($SD = 2.05$) จำนวนสัตว์เลี้ยงเฉลี่ย 3 ตัว ($SD = 1.74$) การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า พบ ว่าไม่เคยได้รับข่าว 232 คน (85.9%) ได้รับข่าวผ่านโทรทัศน์ 62 คน (23.0%) เป็นข่าวเกี่ยวกับการระบาดของโรค 184 คน (68.1%) และช่องทางที่สะดวกในการรับข่าวสาร คือ วิทยุ 93 คน (34.4%) และโทรทัศน์ 92 คน (34.1%)

2) สภาพปัญหาก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ทักษะการ ปฏิบัติภายหลังจากถูกสุนัขหรือสัตว์ที่สงสัยว่าบ้ากัด และ การมีส่วนร่วมในการป้องกันสัตว์จากโรคพิษสุนัขบ้า การฉีด วัคซีนในสัตว์ การเฝ้าระวังทางอาการและการเฝ้าระวังเชิงรุก และตัวอย่างหัวสุนัขที่ส่งตรวจให้ผลบวก จำนวน 2 หัว ขาดแนวทางหรือแนวทางการดำเนินงานหรือแนวทางที่

ชัดเจน และจากการสำรวจเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว ยังพบว่า เครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวม 6.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน และมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (1.57 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน)

3) แนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม โดยมีหลักการของแนวทาง คือ หลักการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับ แบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนแบบมีส่วนร่วม เนื้อหาประกอบด้วย การดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน กระบวนการดำเนินงานของแนวทางมี 4 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (2) การจัดทำแผนงาน (3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีภารกิจหลัก 5 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหะนำโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และการควบคุมจำนวนสุนัข

และ (4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งการวัดและประเมินผล ประเมินผลจากคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และความครอบคลุมของสุนัขและแมวที่ได้รับการฉีดวัคซีน และเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลให้แนวทางประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับ และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4) หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน (95%CI; 7.096, 7.858) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน (95%CI; 1.051, 1.191) และความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.16, SD. = 0.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	n	Mean (SD.)	Mean diff (SE)	95%CI		t	p
				Lower	Upper		
ความรู้เกี่ยวกับ การดำเนินงาน							
ก่อนการพัฒนา	270	6.65(2.83)	7.48(0.19)	7.096	7.858	38.64	<.001*
หลังการพัฒนา	270	14.13(1.15)					
การมีส่วนร่วม							
ก่อนการพัฒนา	270	1.57(0.42)	1.12(0.03)	1.051	1.191	31.55	<.001*
หลังการพัฒนา	270	2.69(0.39)					

5) ผลการสำรวจสุนัขและแมว พบว่า มีสุนัขจำนวน 4,897 ตัว และแมวจำนวน 673 ตัว รวม 5,570 ตัว โดยสุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีน 5,570 ตัว คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. แนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดทำแผนงาน การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีภารกิจหลัก 5 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหนะโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และการควบคุมจำนวนสุนัข และการสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. การประเมินผลแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า 1) หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน (95%CI ; 7.096, 7.858) 2) หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน (95%CI ; 1.051, 1.191) 3) ความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า แบบมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.16, SD. = 0.57) และ 4) ผลการสำรวจสุนัขและแมว พบว่า มีสุนัขจำนวน 4,897 ตัว และแมวจำนวน 673 ตัว รวม 5,570 ตัว โดยสุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีน 5,570 ตัว คิดเป็นร้อยละ 100.0

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดทำแผนงาน การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีภารกิจหลัก 5

กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหนะโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และการควบคุมจำนวนสุนัข และการสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าแนวทางการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่ การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสังเคราะห์แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา นอกจากนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวทางจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม¹² ที่ประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานงานเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ เป็นจุดบริการวัคซีนในสุนัขและแมว การจัดทำโครงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฉีดวัคซีนในสุนัขและแมว การสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลสัตว์อย่างต่อเนื่องทุกปี ฉีดวัคซีน ทำหมัน กำจัดสุนัขจรจัด การสร้างและพัฒนาเครือข่ายและระบบเฝ้าระวังโรคในพื้นที่การลงพื้นที่สอบสวนโรคร่วมกันของทีมบูรณาการทั้งในคนและในสัตว์ การจัดประชุมประชาคมเครือข่าย และกำหนดมาตรการชุมชนและการสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีชุมชนเป็นตัวร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อมุ่งสู่การเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าตามกิจกรรมสำคัญ คือ เฝ้าระวังสอบสวนค้นหาคนและสัตว์ที่สัมผัสโรค ประชาสัมพันธ์ เชิงรุก ทั้งในวัด บ้าน โรงเรียน ศาลาประชาคม หอกระจายข่าว การเตรียมการ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน บุคลากร การอบรมฟื้นฟูความรู้ฝึกทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ผิดปกติ ระดมเครือข่ายโดยการบูรณาการเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสัตว์ ในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค และสร้างความรู้ความตระหนัก/ความรู้ในการเลี้ยงสัตว์ กฎหมายคุ้มครองสัตว์ พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 และการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอด

โรคพิษสุนัขบ้า คือ การจัดการปัญหาในครัวเรือนและในชุมชนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปศุสัตว์¹³ รวมถึงมีผลการศึกษาเช่นเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำการศึกษาในจังหวัดจันทบุรี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน¹⁴

หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าก่อนการพัฒนา โดยผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนมากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้สำรวจความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนจำนวน 56 คน และเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว จำนวน 270 คน และคืนข้อมูลในชั้นที่ 2 การพัฒนา (D1) นอกจากนั้น เครือข่ายยังประชาสัมพันธ์เชิงรุกทั้งในวัด บ้าน โรงเรียน ศาลาประชาคม หอกระจายข่าว การเตรียมการ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน บุคลากร การอบรมฟื้นฟูความรู้ฝึกทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ผิดปกติ ระดมเครือข่าย โดยการบูรณาการเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับอาสาปศุสัตว์ในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค และสร้างความรู้ความตระหนัก/ความรู้ในการเลี้ยงสัตว์ กฎหมายคุ้มครองสัตว์พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 และการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและปศุสัตว์ โดยสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดชลบุรี ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ (96.2%) โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงมากที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์และเคเบิลทีวี (92.3%) บุคลากรสาธารณสุข (87.1%) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (86.2%)¹⁵ และ หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา

พัฒนา โดยผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน ซึ่งการที่ผลการวิจัยปรากฏ เช่นนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน และเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว ได้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสำรวจปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล โดยการค้นพบดังกล่าวพบผลเช่นเดียวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดบึงกาฬ ที่พบว่า หลังการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงจุดเด่นของแนวทางการวิจัยครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีความสำคัญอันดับแรกในดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เนื่องจากประชาชนเป็นเจ้าของสัตว์เลี้ยง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลตำบล ควรนำแนวทางนี้ไปดำเนินการในพื้นที่ ทั้งนี้ หน่วยงานจะต้องให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง

2. การนำแนวทางความสำเร็จในอำเภอหนองฮีไปดำเนินการขยายผลสู่เขตอื่นๆ ที่มีพื้นที่ติดต่อกัน หรือเขตที่เป็นพื้นที่รอยต่อที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ด้วยกลวิธีการทำงานการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุกกลุ่ม ทุกวัยให้ได้ผลเช่นเดียวกัน มีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากกิจกรรมเกิดจากการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ร่วมกัน และดำเนินการสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดมาตรฐานกลางและข้อบังคับให้ทุกท้องถิ่นนำไปใช้เป็นหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติท้องถิ่นในส่วนที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่สำรวจจดทะเบียนเพื่อทราบจำนวนสุนัขและแมว เพื่อเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงในการจัดตั้งคำขอ

งบประมาณ การกำหนดเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อในสัตว์เลี้ยง จัดระเบียบการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงทุกชนิดในบ้าน การกำหนดการมีสัตว์เลี้ยงให้เหมาะสมกับพื้นที่ครัวเรือน และมาตรการบังคับใช้อย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้ได้แนวทางการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางเบื้องต้น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านกระบวนการจัดการให้ได้แนวทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาโดยการเพิ่มวงรอบการวิจัยขึ้นเป็นอีกหลายวงรอบ เพื่อให้ได้กระบวนการที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายอำเภอหนองฮี สาธารณสุขอำเภอหนองฮี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัคร ปศุสัตว์ และเครือข่ายผู้เลี้ยงสุนัขหรือแมวทุกท่าน ที่เข้าร่วมวิจัยและอำนวยความสะดวกทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Communicable Disease. Department of Disease Control. MOPH. Rabies Awareness Series. 3th ed. Nonthaburi ; 2011. (in Thai)
2. Thai Rabies Net. RABIES in animal [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 2]. Available from : <http://www.thairabies.net/trn/report.aspx> (in Thai)
3. Division of Communicable Disease. Department of Disease Control. MOPH. Reports disease surveillance systems 506, Rabies. 2018 [Internet]. [cited 2018 Apr 2]. Available from : http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d42_1161.pdf (in Thai)
4. Nong Hi District Public Health Office. Report of the operation for the fiscal year 2018. Nong Hi District Health Network, Roi-Et Province; 2018. (in Thai)
5. Department of Disease Control. Rabies situation in Thailand [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 7]. Available from : <http://www.ddc.moph.go.th>.
6. Bureau of Disease Control and Veterinary Services. Information system for rabies surveillance [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 2]. Available from : <http://www.thairabies.net/dashboard/default.aspx>.
7. Phisek, S and Saweerach, P. Risk factors of rabies in dogs in Mahasarakham Province 2014-2016. KKU Veterinary Journal, 2019; 29(2): 71-81. (in Thai)
8. Nilpan, M. Educational research methodology. 8th ed. Nakhon Pathom: Silpakorn University Press, 2014. (in Thai)
9. Beakley, B. A., Yoder, S. L., and West, L. L. Community-based instruction: A guidebook for teachers. VA : Council for Exceptional Children, 2003.
10. Yangsri, H. The development model for rabies implemented surveillance in the community to rabies free zone in Meungbuengkan district, Buengkan province. Thesis of Master Degree of Public Health, MAJOR Public Health, Mahasarakham University, 2017. (in Thai)
11. Chokluechai, K. People Participation in Rabies Prevention at Najomtien, Na Chom Thian Sub-district Administration Organization Office, Chonburi. Thesis of Master Degree of Public Administration Program in Public Management Graduated School of Commerce, Burapha University, 2016. (in Thai)

12. Sriphoowong, W., et al. The Operation of Rabies Free Zone of Both Human and Animal Rabies with Community Participation Approach in Kantharawichai District, Mahasarakham Province. Journal of Health Science, 2017 ; 26(2) : 301-309. (in Thai)
13. Sontisirikrit, S., Leuwraak, J., Thantawiwatanaon, N., Boonnuam, T., Deangsriploy, P., and Aimsirithaworn, S. Collaborative innovation and synergistic strategies for rabies free zone using One Health approach in Ladkrabang District, Bangkok, 2015. Disease Control Journal, 2016; 42(1) : 25-35. (in Thai)
14. Thanaprasitpattana, M. The effect of a program to promote knowledge and awareness on Rabies Prevention of Village Health Volunteers, Nong Ta Khong Sub-district, Pong Nam Ron District, Chanthaburi Province, 2018. (in Thai)
15. Ragsakhom, B. and Chayaphong, A. Evaluation of information perception about diseases and health hazards, disease prevention and control behavior, and image of the Department of Disease Control on Thais in Local Disease Control Office at 6, Chonburi Province. Journal of Office of Disease Prevention and Control 10, 2018 ; 16(2) : 38-57. (in Thai)

การจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำขุ่น The Establishment and Development of Clinic Chronic Kidney Disease in Diabetes Mellitus Nhamkun Hospital

ชนัญชิราลักษณ์ ทศนานุกุลกิจ*

Chanunchiralux Tassananukulkit

Corresponding author : E-mail : pupungcuties@gmail.com

(Received : March 29,2021 ; Revised : April 7, 2021; Accepted: April 28, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล น้ำขุ่น

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมดำเนินงานจำนวน 5 คนและผู้ป่วยเข้ารับบริการ จำนวน 116 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 31 ตุลาคม 2559 -30 ตุลาคม 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนจากเวชระเบียนและประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : การจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กระบวนการ PAOR แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการวางแผน จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาโดยการประชุมร่วมระดมความคิดเห็น จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโดยสหวิชาชีพและการวางแผน ระยะลงมือปฏิบัติ ดำเนินการพัฒนาคลินิกโดยคณะกรรมการสหวิชาชีพ ร่วมดำเนินงานในคลินิก ระยะสังเกตการณ์ โดยทำการประเมินผลการพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และระยะการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการคืนข้อมูลผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่าทีมผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu=4.20$, $\sigma=0.45$) ผู้มารับบริการในคลินิกได้รับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก($\mu=3.74$, $\sigma=0.46$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการด้านการอำนวยความสะดวกในการประสานงาน-การส่งต่อ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และด้านโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อปรับปรุงการให้บริการตามประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง ; โรคเบาหวาน

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำขุ่น

ABSTRACT

Purpose : To establishment and development of chronic kidney disease clinic in diabetes mellitus Nhamkun Hospital.

Study Design : Action research.

Materials and Methods : Five of samples were operational team and 116 of admitted patients. The study was conducted between October 31, 2016 and October 30, 2018. Data were collected by reviewing medical records and assessing of satisfaction. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main Findings : The establishment and development of a clinic for chronic kidney disease in diabetes mellitus Nhamkun Hospital using a PAOR process, divided to 4 phases including: Planning phase (Plan) from analyzing the situation and problem conditions, having a joint brainstorming meeting. A multidisciplinary and planning committee was established. Action phase: conducted clinical development by a multidisciplinary committee working in the clinic. Observe period by evaluating a clinical development of chronic renal failure in diabetic patients. Reflection phase was to return the results from the operation, it was found that operational team was satisfied with the overall clinical establishment and development at a high level ($\mu = 4.20$, $\sigma = 0.45$), a satisfied with clinical services at a high level ($\mu = 3.74$, $\sigma = 0.46$).

Conclusion and recommendations : The results of this study that: coordination facilitation services – refer system, giving advice about disease, treatment, treatment plans and nutrition had a low mean score therefore, the relevant departments should make plans / projects to continually for improve service in accordance with aforementioned issues.

Keywords : Establishment ; Clinic Chronic Kidney ; Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกายและไม่สามารถทำหน้าที่ในการรักษาสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์ และกรดต่างของร่างกาย หรือภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวรที่แก้ไขไม่ได้สามารถตรวจสอบพบความผิดปกติได้อย่างใดอย่างหนึ่งของหน้าที่ของไต (Renal Function Test) หรือมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงกว่าปกติ หรือมีค่าของครีเอตินินสูงกว่าปกติติดต่อกันมาเป็นเวลานาน¹ โรคไตไม่一定会เกิดจากสาเหตุที่ไตโดยตรงหรือจากโรคประจำตัว หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำงานของไตเสื่อมจนเกิดเป็นโรคไตเรื้อรัง และถ้าหากไม่มีการชะลอการเสื่อมของไตก็จะ

กลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นรวมถึงการรักษาที่ยุ่งยาก ค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) ประมาณ 8 ล้านคน และมีการดำเนินของโรคไปสู่ระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease; ESRD) ประมาณ 100,000 คน ต้องรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด หรือล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี² หากไม่ทำการรักษาจะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเริ่มลดลงและจะทำให้เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 2-3 จะลดลงเมื่อเข้าภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตและคนไทยส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้

ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลรักษาสูง³ การจัดการ CKD คือ การชะลอการลุกลามของโรคลดความยุ่งยากและปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมากถึงร้อยละ 17.5 ของประชากรที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่มีอาการผิดปกติจึงทำให้ตรวจพบช้า โดยมักจะตรวจพบเมื่ออาการของโรคเป็นมากแล้ว ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะทำให้สามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ชะลอการดำเนินโรค เพื่อป้องกันความรุนแรงลดภาระของระบบบริการ ค่าใช้จ่าย และการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ในขณะที่โรงพยาบาลน้ำขุนเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงให้บริการในระดับทุติยภูมิ ขนาด F3 ให้การรักษาส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพสุขภาพแก่ประชาชน ในเขตอำเภอน้ำขุน จังหวัดอุบลราชธานี และประชาชนทั่วไปมารับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง มีบริการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ จากสถานบริการระดับปฐมภูมิ และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 6 แห่งกระจายอยู่ใน 4 ตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลน้ำขุน ; รพ.สต. โนนยาง ; รพ.สต.โคกสะอาด; รพ.สต. ดอนโมกข์ ; รพ.สต. วังเสือและรพ.สต.ชีเหล็กเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองและดูแลซึ่งกันและกันได้สอดคล้องตามนโยบาย ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) อีกด้วย ลักษณะความสำคัญทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อีกทั้งอำเภอน้ำขุนเป็นที่ราบลุ่มและที่ราบสูง สภาพภูมิอากาศร้อนชื้น ประชากรส่วนใหญ่ใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพ⁴ ด้วยบริบทโรงพยาบาลน้ำขุนมีผู้ป่วยโรคไตและ

จากการตรวจรักษาโรคที่ผ่านมา พบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคไตวายมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งต้องรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ส่งผลให้เกิดภาระในการเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อฟอกไตเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องต้องมีผู้ดูแลและมี ค่าใช้จ่ายในการรักษารวมทั้งผลมีกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติทั้งด้านการเงินและเวลาที่สูญเสียไปอีก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้จัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำขุนเพื่อศึกษาการจัดตั้งคลินิกและผลของการพัฒนาคลินิกโรค ไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของชุมชนในอำเภอน้ำขุนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำขุน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำขุน

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษารั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเบาหวาน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 116 ราย (จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,158 ราย) โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย โดยกระบวนการ PAOR แบ่งเป็นได้ 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวางแผน ศึกษาสภาพปัญหา โดยวิเคราะห์สถานการณ์ โดยดำเนินการดังนี้

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประเด็นที่ทบทวน ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร

ค่า Serum Creatinine (SCr) และอัตราการกรองของไต เป็นต้น

1.2 ทบทวนแนวทางการให้บริการคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำซุ่น

1.3 สทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของการให้บริการผู้ป่วยในคลินิก

1.4 ประชุมร่วมกันจัดทีมคณะกรรมการดำเนินงานในระดับผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อนำเสนอปัญหาในการให้บริการผู้ป่วย ดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญห

1.5 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผนและนำกระบวนการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการคลินิกโดยการคัดกรองและการแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยโรคไตตามอัตราการกรองไต

2.2 การให้บริการ และแนวทางการให้ความรู้ด้านยา การดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคไต การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.3 ให้บริการในคลินิกด้วยความสะดวกสบาย เช่น การจัดสภาพแวดล้อม การถ่ายเทอากาศ การใช้สื่อที่ทันสมัย เข้าใจง่ายเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ระยะที่ 3 นำกระบวนการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำซุ่นไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลแบบการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคไตตามอัตราการกรองไต eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate)

3.2 สทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทีมผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

3.3 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข

ระยะที่ 4 คืบข้อมูลการประเมินผลการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำซุ่น ดังนี้

4.1 คืบข้อมูลการประเมินผลการจัดตั้งและการพัฒนาคลินิกด้านปัจจัยนำเข้าและการให้บริการ

4.2 ประชุมระดมความคิดเห็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อสรุปสภาพปัญหาที่ค้นพบกับแนวปฏิบัติงานในคลินิกเพื่อรับทราบปัญหาการบริการคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานสู่การวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหต่อไป

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาสลัทธิทางคลินิกและผลลัพธ์ทางการรักษา

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับและผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวน 116 ราย มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับปานกลาง (3คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อยค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กระบวนการ PAOR ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1.ระยะการวางแผน (P : Plan) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ข้อมูลผู้ป่วยด้วยการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนและมีการประชุมร่วมระดมความคิดเห็นการจัดตั้งคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดตั้งคณะกรรมการในสาขาวิชาชีพและจัดทำแผน

2.ระยะลงมือปฏิบัติ (A : Action) เป็นขั้นตอนการลงมือดำเนินการพัฒนาคลินิกโดยคณะกรรมการสาขาวิชาชีพร่วมดำเนินงานในคลินิก

3.ระยะสังเกตการณ์ (O : Observe) เป็นการเฝ้าดู

พฤติกรรมในสถานการณ์ที่เป็นจริงโดยทำการประเมินผลการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และ

4.ระยะการสะท้อนกลับ (R : Reflection) เป็นการคืนข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำขุ่น โดยผู้วิจัยและทีมได้ร่วมประชุมถอดบทเรียน การดำเนินงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน พบว่าการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำขุ่นที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนกว่ารูปแบบเดิมและผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าค่าอัตราการกรองของไตและระยะของโรคไตวายในผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่3a และ3b และระดับความพึงพอใจทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1,2 และ3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำขุ่น ก่อน-หลังพัฒนา

รูปแบบ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
คำสั่ง	- ไม่มี	- แต่งตั้งคณะทำงาน - การประชุมอย่างต่อเนื่อง
นโยบาย	- ร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น	- กำหนดนโยบาย ชัดเจนตามแนวทาง จังหวัดอุบลราชธานี
กระบวนการ	- ให้บริการร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ	- กำหนดผู้รับผิดชอบงาน
ดูแลผู้ป่วย	- การจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน - การบริการล่าช้า - การนัดไม่มีการจัดเตรียมเวชระเบียน ผู้ป่วย	- มีทีมสหวิชาชีพ - มีแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงาน - มีรูปแบบการทำงาน - มีการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Hos.Xp
เครือข่าย	- ไม่มี	- มีคณะกรรมการในพื้นที่รับผิดชอบ

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่าทีมผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.20$, $\sigma = 0.45$) ผู้มารับบริการในคลินิกได้

รับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.74$, $\sigma = 0.46$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่มีต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน (n=5)

หัวข้อ	$\mu (\sigma)$	ระดับความพึงพอใจ
1. การวางแผนกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงาน	4.20(0.45)	มาก
2. การทำงานร่วมกัน	4.60(0.55)	มากที่สุด
3. การสื่อสาร ประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	4.00(0.71)	มาก
4. ความคล่องตัวในการทำงาน	3.80(0.45)	มาก
5. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4.40(0.55)	มาก
6. ประเมินผลและร่วมกันทบทวนการทำงาน	4.00(0.71)	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.20(0.45)	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก (n=116)

รายการประเมิน	$\mu (\sigma)$	ระดับความพึงพอใจ
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.09(0.83)	มาก
2. เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการ ชัดเจน	3.97(0.84)	มาก
3. สามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำต่อบริการต่างๆ ได้ อย่าง สะดวก รวดเร็ว	4.02(0.78)	มาก
4. การจัดลำดับขั้นตอนการบริการตามสภาพการเจ็บป่วย	4.06(0.83)	มาก
5. ความสะดวกในการประสานงาน-การส่งต่อรักษา	3.03(0.64)	ปานกลาง
6. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและ แผนการรักษา	3.04(0.66)	ปานกลาง
7. แพทย์มีความสนใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยและติดตาม ผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.03(0.83)	มาก
8. เกสเซอร์ให้คำแนะนำการรับประทานยาด้วยความเข้าใจ	4.03(0.81)	มาก
9. พยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผล การรักษาเป็นอย่างดี	3.93(0.81)	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก (n=116)

รายการประเมิน	$\mu (\sigma)$	ระดับความพึงพอใจ
10. นักกายภาพช่วยแนะนำเสริมสร้างความแข็งแรงและ การเคลื่อนไหวร่างกาย ให้รู้จักวิธีป้องกันการได้รับ บาดเจ็บ	3.97(0.81)	มาก
11. เจ้าหน้าที่แนะนำด้านโภชนาการ เรื่องอาหารที่ควรงด และควรรับประทาน	3.03(0.64)	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.74(0.46)	มาก

สรุปผลการวิจัย

โรงพยาบาลน้ำขุ่นมีคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ชัดเจนและสามารถพัฒนาคลินิกด้วยความร่วมมือของสหวิชาชีพโรงพยาบาลน้ำขุ่นและที่สำคัญคือผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการได้รับความพึงพอใจในระดับมาก

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน(Chronic Kidney Disease Clinic : CKD Clinic) ในโรงพยาบาลน้ำขุ่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยกระบวนการ PAOR ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวางแผน (Plan) ระยะดำเนินการพัฒนา (Action) ระยะสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพของสุภาภรณ์ แก้วชนะและการศึกษาของภุชญา ททรัพย์ศิริโสภา⁵ วิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้หลักการ PDCA ขั้นตอน คือการวางแผนพัฒนา สังเกตการณ์และสะท้อนกลับ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของปณณณิน เชื้อนเพ็ชร⁶ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอ การเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอัตราค่ากรองไต (eGFR) ครั้งนี้อยู่ในระยะ 3a และ 3b เช่นเดียวกับผลการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการรับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลของจังหวัดจันทบุรี⁷ และผลการศึกษาความพึงพอใจของทีม

สหวิชาชีพผู้ดำเนินงานต่อรูปแบบการให้บริการในคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพในโรงพยาบาลนางรองและการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน⁸⁻⁹

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการด้านการอำนวยความสะดวกในการประสานงาน-การส่งต่อ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และด้านโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อปรับปรุงการให้บริการตามประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง. การพัฒนารูปแบบการดูแลของ
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ที่ได้รับ การบำบัด
ทดแทนไตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพ
ชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559 ; 4 (4) : 485-502.
2. Rettig RA, Norris K, Nissenson AR. Chronic kidney
disease in the United States: a public policy
imperative. Clin J Am Soc Nephrol 2008 ; 3 :
1902-10.

3. สุนิรัตน์ สิงห์คา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559 ; 13(3), 92-99.
4. โรงพยาบาลน้ำขุ่น. งานเวชระเบียน. ข้อมูล Coverage UC. อุบลราชธานี : โรงพยาบาล ; 2560.
5. กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, สิทธิศานต์ ทรัพย์ศิริโสภา.การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2560 ; 11(2) : 219-226.
6. ปุณณณิน เขื่อนเพชร .การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 2563 ; 7(1) : 57-74.
7. ธวัช วิเชียรประภา,พรฤดี นิธิรัตน์,ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ดาไลมา สำแดงสาร. เปรียบเทียบอัตราการการกรองของไตก่อนและหลังการรับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลขลุง จังหวัดจันทบุรี. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 2019 ; 25(2) : 138-147.
8. สุภาภรณ์ แก้วชนะ, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม.การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง.วารสารเภสัชกรรมไทย, 2563 ; 12 (4) : 195-206
9. สุวรรณมา สุรวาทกุล, สุคนธ์ เหล่าราช, ละออง เดิมทาร์มย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาตุ่น. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2562 ; 4 (7) : 129-143.

**ประสิทธิผลการจัดการดูแลทางสังคมและจิตใจของผู้ป่วยโควิด -19
ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด**
**The Effectiveness of Social Psychological Management
for Patients with COVID-19 At Field Hospital, Roi-Et Province**

สุระ สุพรหมอินทร์* สุนี อารวน**

Sura Suphomin, Sunee Arvon

Corresponding author : E-mail: sura101su@gmail.com

(Received: March 29,2021; Revised: April 7, 2021; Accepted: April 28, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการดูแลทางสังคมและจิตใจของผู้ป่วยโควิด -19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด -19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 108 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2564 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : หลังการเข้ารับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (71.3%) มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าลดลงเหลือเพียง 25.9% ไม่มีภาวะซึมเศร้า (74.1%) และไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย (100.0%) หลังการเข้ารับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีความเครียดลดลงเท่ากับ 2.43 คะแนน (95%CI: 2.16, 2.71) และผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีภาวะซึมเศร้าลดลง เท่ากับ 3.87 คะแนน (95%CI: 3.48, 4.25) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ไม่มีภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มฆ่าตัวตาย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ; การจัดการดูแลทางสังคมและจิตใจ ; โควิด -19 ; โรงพยาบาลสนาม

* ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To compare stress levels, depression and to assess satisfaction with social and psychological management of COVID-19 patients admitted to field hospital, Roi Et Province.

Study design : Quasi Experimental Research.

Materials and Methods : 108 of participants and consisted of patients diagnosed with COVID-19 who were admitted to field Hospital, Roi Et province, met the inclusion criteria participants conducted during April-July 2021. Data analyzed were using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test, the statistical significance level was at .05.

Main findings : After intervention, it was found that patients had a low level of stress (71.3%), a reduced of depression to 25.9%, non depression (74.1%) and non suicidal tendencies (100.0%). After intervention, it was found that patients had reduced stress, were statistically significant compared with prior treatment ($p < .05$), with a decrease in stress of 2.43 scores (95% CI: 2.16, 2.71), and patients suffer from depression were statistically significant compared with prior treatment ($p < .05$), with depression of 3.87 scores (95% CI: 3.48, 4.25), and overall satisfaction at a high level.

Conclusion and recommendations : a results of this research have resulted in a reduce in stress of patients, non depression and suicidal tendencies Therefore, the relevant departments should apply this model in its.

Keywords : Effectiveness ; Social Psychological Management ; COVID-19 ; Field Hospital.

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) เกิดจากเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ปลายปี พ.ศ. 2562 หลังจากรณีที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกและมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนมากผู้ติดเชื้อมีอาการทางระบบหายใจ จนเกิดเป็นปอดบวมและอาจทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมถึงเศรษฐกิจทั่วโลก จากรายงานการศึกษาพบว่า ประชาชนมีอาการของความกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16-28 และเกิดความเครียดร้อยละ 8 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานหลับถึงร้อยละ 38.9¹

องค์การอนามัยโลกประกาศโรค COVID-19 ระบาดใหญ่ (Pandemic) ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยและ

ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างรวดเร็ว อัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.6 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน พบผู้ป่วยสะสมรวมมากกว่า 158 ล้านคน โดยจำนวนผู้ป่วยรายวันเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ช่วงกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2564 จนอยู่ในระดับมากกว่า 8 แสนคนต่อวัน ซึ่งเกิดจากการระบาดที่เพิ่มมากขึ้นในอินเดีย และระดับการระบาดที่ยังคงสูงในทวีปอเมริกาทั้งเหนือและใต้ ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตรายวันก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน รวมผู้เสียชีวิตทั้งหมดมากกว่า 3.3 ล้านคน ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) ของสหรัฐอเมริกาชี้แจงเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ที่เป็นต้นเหตุของโรคโควิด-19 โดยชี้ว่าการแพร่เชื่อนั้นสามารถเกิดขึ้นได้จากการสูดละอองฝอยของน้ำมูกน้ำลายตามปกติหรืออนุภาคของละอองที่ลอยในอากาศ รวมถึงการสัมผัสละอองฝอยที่มีการฉีดพ่น หรือใช้มือที่ปนเปื้อนเชื้อสัมผัสไปที่ปาก จมูก หรือตา และเน้นย้ำ

ข้อเสนอแนะว่าไวรัสที่ลอยในอากาศนั้นสามารถสูดเข้าไปในร่างกายได้แม้ว่าบุคคลหนึ่งจะอยู่ห่างจากผู้ติดเชื้อเกินระยะ 6 ฟุต หรือประมาณ 1.8 เมตร ซึ่งเปลี่ยนจากข้อแนะนำเดิมของ CDC ที่ระบุว่ากรณีการติดเชื้อส่วนใหญ่ั้นเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิด และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อไวรัสทางอากาศ²

ประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดในระลอกใหม่ 56,142 ราย โดยจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันในประเทศยังสูงอยู่ในระดับประมาณสองพันรายต่อวัน ในวันนี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1,630 รายจาก 63 จังหวัด โดยผู้ติดเชื้อในภาคเหนือ ได้และตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบผู้ป่วยมากในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ในระยะนี้มีประวัติสัมผัสกับผู้ติดเชื้อรายก่อนหน้า โดยพบการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวเพิ่มขึ้น และพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานประกอบการ โรงงาน ตลาด ที่มีคนหนาแน่น มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการระบาดในระลอกนี้ 327 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.58²

เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ด มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อโควิด - 19 จำนวน 203 ราย³ โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด - 19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความเครียด และภาวะซึมเศร้าในระหว่างการรักษาได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพการจัดการดูแลทางสังคมและจิตใจของผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการดูแลทางสังคมและจิตใจ ของผู้ป่วยโควิด -19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโควิด - 19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ดดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน เมษายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นผู้ป่วยโควิด -19 จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 131 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรค โควิด -19 จังหวัดร้อยเอ็ด ที่รักษาที่โรงพยาบาลสนามจังหวัดร้อยเอ็ด ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) จำนวน 108 คน คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด- 19 เป็นผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด อายุตั้งแต่ 15 - 60 ปีและสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการทางจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) โปรแกรมการดูแลทางสังคมจิตใจในวิกฤติโควิด -19 2) สื่อสมาธิบำบัด ผิกสติ สมาธิ (MP3) จำนวน 8 วัน 3) ประเมินสุขภาพจิตผ่าน Application Mental Health check in และ 4) การให้การปรึกษารายบุคคล

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอบเขตการวิจัยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามวิธี Likert scale โดยแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ และอาชีพ แบบประเมินด้านสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบประเมินความพึงพอใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด รวมถึงชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย

2) เก็บรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพจิตผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check in ในวันที่ 2, 9 และ 13 ของการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด

3) กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจหลังจากรับการรักษาตามมาตรฐาน จนอาการหายเป็นปกติ และเตรียมตัวส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านสุขภาพจิต การประเมินความเครียด (ST- 5) แบบประเมินภาวะความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบโดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอาการทางร่างกาย การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 9 โดยคะแนนสูงที่สุด คือ 27 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบประเมินความพึงพอใจการประเมินความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำไปเทียบเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยวิธีสร้างแบบสอบถามได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ทบทวนวรรณกรรม อินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวข้อง แนวปฏิบัติการพยาบาล และผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามที่ดีจากเอกสาร

3. กำหนดกรอบแนวคิดและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. นำแบบสอบถามตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตมาใช้ **สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์นำโปรแกรมสำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1012563 ก่อนการเก็บข้อมูลได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่จะได้รับ และข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือเกิดความกังวลได้เปิดโอกาสให้สอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง (53.7%) อายุเฉลี่ย 38.26 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (37.0%)

2. ผลการประเมินสุขภาพจิต

2.1 การประเมินความเครียด (ST- 5) พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (50.0%) และหลังการเข้ารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (71.3%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ระดับความเครียด

ระดับความเครียด	ก่อนเข้ารับรักษา	หลังเข้ารับรักษา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ความเครียดน้อย (คะแนน 0 – 4)	21(19.5)	77(71.3)
ความเครียดปานกลาง (คะแนน 5 – 7)	54(50.0)	27(25.0)
ความเครียดมาก (คะแนน 8 – 9)	28(25.9)	4(3.7)
ความเครียดมากที่สุด (คะแนน 10 – 15)	5(4.6)	0(0.0)

2.2 การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (82.44%) และการคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าลดลงเหลือเพียง (25.9%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

แนวโน้มโรคซึมเศร้า	ก่อนเข้ารับรักษา	หลังเข้ารับรักษา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	23(17.55)	23(17.55)
มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	108(82.44)	28(25.90)

2.3 ภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (57.4%) และหลังการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า (74.1%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนเข้ารับรักษา	หลังเข้ารับรักษา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0 – 6)	25(23.1)	80(74.1)
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (คะแนน 7 – 12)	62(57.4)	28(25.9)
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 13 – 18)	19(17.6)	0(0.0)
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน 19 – 27)	2(1.9)	0(0.0)

2.4 ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 Q พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย (98.2%) และหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตาย (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ก่อนเข้ารับรักษา	หลังเข้ารับรักษา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	106(98.2)	110(100.0)
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย	2(1.8)	0(0.0)
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง	0(0.0)	0(0.0)
มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง	0(0.0)	0(0.0)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีภาวะซึมเศร้าลดลงเท่ากับ

3.1 หลังการเข้ารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมี

3.87 คะแนน (95%CI : 3.48, 4.25) แสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้ารับการรักษา

เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มตัวอย่าง (n = 41)	Mean diff.	95%CI	p-value
	Mean(SD.)			
ก่อนเข้ารับการรักษา	9.92(3.73)	3.87	3.48,4.25	<0.05
หลังเข้ารับการรักษา	6.05(2.69)			

3.2 หลังการเข้ารับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีความเครียดลดลง

เท่ากับ 2.43 คะแนน (95%CI : 2.16, 2.71) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังการเข้ารับการรักษา

เปรียบเทียบคะแนนความเครียด	กลุ่มตัวอย่าง (n = 41)	Mean diff.	95%CI	p-value
	Mean(SD.)			
ก่อนเข้ารับการรักษา	6.32(2.00)	2.43	2.16,2.71	<0.05
หลังเข้ารับการรักษา	3.89(1.40)			

4. ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ด้านบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.26, SD.= 0.25) ด้านกิจกรรมการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.49, SD.=0.38) ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ภาพรวม

อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.85, SD.=0.27) และด้านบริการอื่นๆ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.34, SD.=0.36)

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม พบว่า มีความแตกต่างกัน ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า (82.44%) และการคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร่าลดลงเหลือเพียง (25.9%) ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (57.4%) และหลังการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (74.1%) พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย (98.2%) และหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย (100.0%) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม พบว่า มีความแตกต่างกันและผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ด้านบุคลากร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการจัดการทางสังคม จิตใจ ในผู้ป่วยโควิด -19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด โดยให้ความรู้ สร้างการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองรายบุคคลและการจัดการดูแลจิตใจในวิกฤติโควิด -19 ทางช่องทาง สื่อสมาริบำบัด ผักสด การนั่งสมาธิ (MP3) ตามหลักสูตรออนไลน์การดูแลจิตใจในวิกฤติ COVID-19 ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกสติสามารถ ฝึกฝนด้วยตนเองให้สอดคล้องกับกิจกรรมประจำวัน ใช้เวลาวันละ 20-30 นาที จำนวน 8 วัน การเสริมความเข้มแข็งทางใจเป็นสิ่งสำคัญโดยวัคซีนใจ (บุคคล) วัคซีนครอบครัว และวัคซีนชุมชน⁴ และการให้คำปรึกษารายบุคคล ช่วยเหลือด้าน การจัดการความเครียด รวมถึงครอบครัว ชุมชน ในรายที่ผลการประเมินความเครียดระดับเครียดปานกลางถึงระดับเครียดมากที่สุด ที่มีเกราะป้องกันความเครียดที่ไม่เหมือนกัน และมีวิธีจัดการความเครียดโดยยอมรับว่าตนเองเครียด และพิจารณาหา

สาเหตุของความเครียด แก้ไขที่สาเหตุและเปลี่ยนแปลงตนเองให้ยอมรับปัญหา หาทางแก้ปัญหา โดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและเทคนิคการผ่อนคลายตนเอง ตามสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ และมีการเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และครอบครัวก่อนกลับบ้าน โดยมีการสร้างความเข้าใจ ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต การรับมือกับสิ่งที่อาจจะต้องเผชิญทั้งมุมบวก และมุมลบ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือชุมชน มีการประเมินความพร้อมทางด้านจิตสังคมเพื่อวางแผนการดูแลก่อนกลับบ้าน โดยเน้นให้รักษากิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามสภาพปัญหาที่พบ ประสานหน่วยงานหรือแหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง หากพบว่าผู้รับบริการมีปัญหาหรือความต้องการ มีการเตรียมความพร้อม ความเข้าใจในชุมชน โดยส่งต่อข้อมูลให้ บุคลากรด้านสุขภาพจิตหรือทีม MCATT ในพื้นที่ ในการติดตามและวางแผน การดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป⁶ ส่งผลให้หลังการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการความเครียดได้และมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ไม่มีแนวโน้ม ฆ่าตัวตาย และผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ด้านบุคลากร ด้านกิจกรรมการดูแล ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม และด้านบริการอื่นๆ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประเมินเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ระยะ 3 เดือน 6 เดือน หลังสิ้นสุดโครงการ เพื่อติดตามผลกระทบด้านจิตใจระยะยาว และรูปแบบการจัดกิจกรรมดูแลจิตใจผ่านสื่อเสียง สามารถนำไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพราะความกรุณาอย่างยิ่งและต้องขอขอบพระคุณนายแพทย์ ชาญชัย จันทรรักษ์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณ ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ที่เป็นพี่ปรึกษา ชี้แนะ สนับสนุน ในงานวิจัย

ฉบับนี้ หากมีสิ่งใด ขาดตกบกพร่องหรือผิดพลาดประการใด
ผู้วิจัยขออภัยเป็นอย่างสูงในข้อบกพร่องและผิดพลาดนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่
ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอ
ครอบครัวบ้านทุ่งเสียวอำเภอสันป่าตอง จังหวัด
เชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564 ;
29(1) :12-21.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน
สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18
มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : [https://ddc.moph.
go.th/viralpneumonia/index.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php)
3. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ทะเบียนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด – 19
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาล; 2564.
4. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. การดำเนินงานสุขภาพจิตภาย
ใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย. 2563 ; 28(4) :280-91.
5. พนม เกตุมาน, วินัดดา ปิยะศิลป์. Stress Management
in Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัย
กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10
พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : [http://www.
thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/43/297](http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/43/297)
6. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. แนวทางการดูแล
ด้านสังคมจิตใจในสถานพยาบาลและชุมชน
[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต ; 2564 [เข้า
ถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: [http://
mhtech.dmh.moph.go.th/page/subject_de
tails.php?subject_id=309#](http://mhtech.dmh.moph.go.th/page/subject_details.php?subject_id=309#)

ผลการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลม จังหวัดร้อยเอ็ด
The Impact of Self-Management on Delaying Chronic Kidney
Disease Progression For Type 2 Diabetic Patients in Rural community,
Ban Saeng Laem Health Promoting Hospital, Roi-Et

อารีย์ เพ็ญสุวรรณ* บุษบา บัวผัน**

Aree Phensuwan, Budsaba Buaphan

Corresponding author : E-mail : areetwo@yahoo.com

(Received : March 30,2021 ; Revised : April 7, 2021; Accepted : April 29, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 25 คน
ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม
การจัดการตนเอง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 A เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อ
มั่นทั้งฉบับเท่ากับ .84 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired
t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน
การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน
(95%CI: 1.50, 2.01) คะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.66 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน (95%CI : 1.43,
1.89) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมโดยรวม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.54 คะแนน (95% CI : 1.40,1.69)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมส่งผลให้ผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ; ชะลอไตเสื่อม ; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To compare the self-management, social support , and delaying chronic kidney disease progression behavior on CKD stages I-III patients.

Study design : Quasi Experimental Research.

Materials and Methods : The study group were 25 CKD stages I-III patients which randomized by inclusion and exclusion criteria, and into self-management support by a village health volunteer (VHV team) and followed up for 12 weeks. The intervention group was received the self-management support program, promoting management skill by self-management concept combined with 5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support. The data-collecting instruments was a self-management behaviors questionnaire and its reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = .84$). The data were analyzed using descriptive statistics and the hypotheses were tested using paired t-test for the data with passing a preliminary agreement at the statistical significance level of .05.

Main findings : After the program, the participants had an mean score of self-management behavior increased significantly at the level of $p < .001$, in addition, its increased equal to 1.76 of a 4-scores scale (95%CI: 1.50, 2.01), mean score of social support increased significantly at the level of $p < .001$, in addition, its increased equal to 1.66 of a 4-scores scale (95%CI: 1.43, 1.89), and mean score of delaying chronic kidney disease progression behavior increased significantly at the level of $p < .001$, in addition, its increased equal to 1.54 of a 4-scores scale (95%CI: 1.40, 1.69).

Conclusion and recommendations : Self-management support by a self-management support by a village health volunteer team and followed up, helps improve outcomes for type 2 diabetic patients.

Keywords : Self-management ; Delaying Chronic Kidney Disease ; Type 2 Diabetic

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายและมีอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ไตวายเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีการทำลายของไต นานกว่า 3 เดือน ส่งผลให้ความสามารถในการรักษาสสมดุลของเหลวหรือการกำจัดของเสียออกจากเลือดของไตลดลง ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ด้วยจากการศึกษาพบว่า 4.6-17.5% ของประชาชนไทยเป็นโรคไตเรื้อรัง¹ ระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นภาวะที่มีการทำลายของไต และมีอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง คือ มีค่า eGFR อยู่ในช่วง 30-59 mL/min/1.73 m² กลุ่มนี้ถ้าดูแลตนเองไม่

ดีจะเข้าสู่ระยะที่ 4 และ 5 ซึ่งต้องทำการบำบัดทดแทนไต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งระดับครัวเรือน ดังเช่นข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2560 พบว่า มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งสิ้น 39,411 ราย แยกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 20,993 ราย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 13,503 ราย และ ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่รับเฉพาะยา EPO จำนวน 4,951 ราย คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง 8 ล้านคน คิดเป็น 17.0% ของประชากรซึ่งสูงติดอันดับ 3 ในอาเซียน และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี²

เช่นเดียวกับข้อมูลงานควบคุมโรคไม่ติดต่อของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจันทาร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านแซงแหลม จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 29 ราย (2.64%) อัตรากลุ่มที่สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการ วัดความดันโลหิตที่บ้าน (ไม่น้อยกว่า 30.0%) จำนวน 351 ราย (75.16%) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี (ไม่น้อยกว่า 40.0%) กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2,371 ราย ได้รับการตรวจ จำนวน 649 ราย (27.37%) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 251 ราย (10.59%) และพบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังจำนวน 150 ราย จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพก่อนข้างมาก และหลากหลาย เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหาร ที่มีรสหวาน มัน เค็ม เป็นต้น³ และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อมจากการพบทวน วรรณกรรมที่ผ่านมาแบ่งเป็น 3 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยด้าน พฤติกรรมการรับประทานอาหารได้แก่ การบริโภคโปรตีน และเกลือ การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ในปริมาณสูง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตได้ (2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ พฤติกรรมสูบบุหรี่และการใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อไต และ (3) ปัจจัยด้านคลินิกได้แก่ โรคเบาหวาน การติดเชื้อ ภาวะน้ำ เกินและระดับอัลบูมิน และปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น หาก ได้รับการควบคุมและจัดการอย่างเหมาะสมด้วยการให้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมสุขภาพและด้านการรักษาจะสามารถชะลอความ รุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของ ภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยเฉพาะการเฝ้าระวัง ปัจจัยเสี่ยงโดยประเมินค่ากรองไตในผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ เริ่มต้นและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-2 จากสาเหตุอื่นๆ สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของไตให้ดีขึ้นได้ และ การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน เช่น การรับรู้ด้านอาหารที่เหมาะสม และค่าดัชนีมวลกายจะช่วย ป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้⁴

การช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นนั้น คือ การชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไต

ให้ยาวนานที่สุด ในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลและ ความดันโลหิตให้ได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ จัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ มีความเสื่อมของไตระยะแรก เนื่องจากยังไม่มีอาการแสดง ทางกายอย่างเด่นชัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความตระหนัก และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และไม่สามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง กระบวนการ สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing [MI]) เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรู้คิดใน ตนเองและตระหนักถึงปัญหาของตน จนนำไปสู่การปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม^{5,6} เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งใน และต่างประเทศเกี่ยวกับการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปประยุกต์ใช้ในชุมชน โดยอาศัยภาคีเครือข่ายและ ชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้การประสานจัดการโดยบุคลากรทาง สุขภาพพล พบว่า เกิดความร่วมมือที่ดี เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁷ สำหรับการศึกษาใน ประเทศไทยระยะหลังให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความ เสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคไตใหม่^{8,9,10} งานวิจัยหลาย พื้นที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย กลุ่ม ที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานตามโปรแกรมร่วมกับ เจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในส่วนการคัดกรองโรค การติดตามให้ความรู้ตาม บ้าน การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อในชุมชน ล้วนเป็นความ พยายามทำให้มีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น¹¹ ขณะ เดียวกันจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง โดยร่วมจัด กิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้านร่วมกัน สร้างความตระหนักทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ถูกต้องเหมาะสมรวมทั้งการดูแล ในชุมชน โดยการชี้แนะสนับสนุนให้การดูแลแบบ องค์กรวม ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย¹²

เป็นกลวิธีหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ดูแลและ อสม. /ผู้นำชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นและผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด¹³

นอกจากนั้นการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานนั้นยังพบว่ามีการศึกษาตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิเบียส¹⁴ ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการใช้ยา การออกกำลังกาย และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกลั่นปัสสาวะ เป็นต้น อย่างถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต รวมทั้งการทำหน้าที่ของไตซึ่งกลวิธีจัดการตนเองประกอบด้วย (1) การจัดการตนเอง (Self-monitoring) เป็นการพิจารณาตรวจสอบพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในปัจจุบันเพื่อประเมินปัญหาและความพึงพอใจในการปฏิบัติตามการรับรู้ของตนเองตลอดจนการตั้งใจติดตามพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติอย่างใกล้ชิด (2) การประเมินตนเอง (Self - evaluation) เป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self - reinforcement) เมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสำเร็จตามเป้าหมาย เช่นการชื่นชมตนเองให้รางวัลตนเองร่วมกับการนำรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย 5 A ของกลาสโว์ และคณะ¹⁵ ที่ประกอบด้วยหลัก 5 ประการคือ (1) การประเมิน (Assess) (2) การให้คำปรึกษาแนะนำ (Advise) (3) การยอมรับ (Agree) (4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และ (5) การติดตามและประเมินผล (Arrange) มาเป็นกลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นแนวคิดที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และมีทักษะการจัดการตนเองจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ผลการศึกษา ที่ผ่านมามีพบว่า การส่งเสริมการจัดการ

ตนเองช่วยเพิ่มความรู้สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคทำให้ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น และผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น^{16,17,18}

จากสภาพการณ์ดังกล่าวมาและการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ชี้ให้เห็นถึง ความสำคัญของการจัดการตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลม จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน การจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5A กลาสโว์ และคณะ¹⁵ โดยมุ่งหวังว่ากระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ลดการเข้าสู่วาระรุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบ การรับรู้ สมรรถนะ แห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 และที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุตั้งแต่ 40 ถึง 70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า 5 ปี ค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่าร้อยละ 8 หรือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมงมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ /ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา คือ แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาจากรับประทานยาชนิดเม็ดเป็นชนิดฉีดอินซูลิน และพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะกรดคีโตนคั่ง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีการคีโตนคั่งและมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจนต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้นโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ของโคเฮน¹⁹ โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ประสิทธิภาพการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-3 โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่²⁰ โดยใช้สูตรขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม (ทดสอบสมมติฐานการวิจัย) ผู้วิจัยได้กำหนด Effect size เท่ากับ .90 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจในการทดสอบ .90 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 22 ราย และเพื่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 25 ราย

$$\text{สูตร } n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

$$Z_\alpha = \text{ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด (1.96)}$$

$$Z_\beta = \text{อำนาจการทดสอบ (0.90)}$$

$$\sigma^2 = \text{ความแปรปรวน (13.72)}$$

$$\begin{aligned} \mu_1, \mu_0 &= \text{ค่าเฉลี่ยศึกษา, กลุ่มเปรียบเทียบหรือ} \\ &\text{ค่ามาตรฐาน/ค่าตามทฤษฎี} \\ (64.64-56.25) &= 8.39 \\ &= 21.87 \text{ ประมาณ 22 คน} \end{aligned}$$

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวนที่มีผลต่อการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งหมด 36 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยลักษณะทาง

ประชากรประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลทางสุขภาพประกอบด้วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และจำนวนโรคร่วม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบสอบถามจากเวชระเบียนของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสายทอง ภูแมนเทียน²¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ แบบสัมภาษณ์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเพ็ญศรี จิตต์จันท²² ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร 6 ข้อ การดื่มแอลกอฮอล์ 3 ข้อ การสูบบุหรี่ 2 ข้อ การออกกำลังกาย 4 ข้อ การใช้ยา 5 ข้อ และการจัดการกับความเครียด 4 ข้อ รวมทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม เท่ากับ 0.823, 0.775 และ 0.858 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการ เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา จัดเตรียมความพร้อมของครอบครัว

หรือผู้ดูแล โดยการชี้แจงเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการมีส่วนร่วมกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลนัดกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลม เพื่อสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที และดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาที ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สัปดาห์ที่ 1 เป็นขั้นตอนการประเมินปัญหาและวางแผน และการเตรียมความพร้อมรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่มีเพียงพอ กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างเสริมแรงตนเองทางบวก สัปดาห์ที่ 2-4 การปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะการจัดการตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเองที่บ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งจดบันทึกพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติทุกวัน ประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายเสริมแรงตนเอง ครอบครัวหรือผู้ดูแลติดตามสังเกตการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้านและให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ หรือกระตุ้น ผู้วิจัยติดตามประเมินปัญหาการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 5 การประเมินผลพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวหรือผู้ดูแล แล้วร่วมกันสรุปผลการสังเกตพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง และร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มตัวอย่างบอกอุปสรรคและข้อเสนอแนะ หรือเทคนิคในการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างจนสำเร็จตามเป้าหมายและสัปดาห์ที่ 6-12 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อกระตุ้นและร่วมประเมินผลการปฏิบัติตัวในรอบ 6 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วสะท้อนปัญหา

อุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกันแก้ไขปัญหา สรุปและประเมินความก้าวหน้าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และข้อมูลในสมุดบันทึก และให้การเสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ทำได้สำเร็จ และสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 โดยใช้สถิติ paired t-test ทั้งนี้ก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการทดสอบการแจกแจงปกติ (Normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 การทดลองมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม $p = .558, .524$ และ $.709$

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 14 คน (56.0%) อายุเฉลี่ย 53 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 16 คน (64.0%) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 คน (64.0%) เป็นเกษตรกร จำนวน 8 คน (32.0%) รายได้เฉลี่ย 16,580 บาทต่อเดือน ป่วยเป็นโรคไตมาแล้ว 5.0 ปี และมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน (20.0%)

2. หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมี

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.76 คะแนน จากคะแนนเดิม 4 คะแนน (95%CI : 1.50, 2.01) และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.66 คะแนน จากคะแนนเดิม 4 คะแนน (95%CI : 1.43, 1.89) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
ก่อนการพัฒนา	25	1.74(0.44)	1.76(0.12)	1.50,2.01	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.50(0.40)			
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนการพัฒนา	25	1.74(0.41)	1.66(0.55)	1.43, 1.89	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.36(0.46)			

หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมโดยรวม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.54 คะแนน (95% CI : 1.40,1.69)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ก่อนและหลังการพัฒนาโดยรวม และเป็นรายด้าน

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม					
การบริโภคอาหาร					
ก่อนการพัฒนา	25	1.72(0.56)	1.77(0.13)	1.50,2.04	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.49(0.44)			
การดื่มแอลกอฮอล์					
ก่อนการพัฒนา	25	1.84(0.85)	1.80(0.97)	1.40,2.19	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.64(0.48)			
การสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	25	1.94(0.65)	1.95(0.89)	1.53,2.11	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.76(0.35)			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
การออกกำลังกาย					
ก่อนการพัฒนา	25	1.59(0.74)	1.95(0.89)	1.58,2.31	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.54(0.38)			
การใช้จ่าย					
ก่อนการพัฒนา	25	1.69(0.55)	1.90(0.16)	1.56,2.24	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.60(0.44)			
การจัดการความเครียด					
ก่อนการพัฒนา	25	1.77(0.41)	1.95(0.51)	1.74,2.16	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.72(0.31)			
โดยรวม					
ก่อนการพัฒนา	25	1.74(0.38)	1.54(0.36)	1.40,1.69	<.001
หลังการพัฒนา	25	3.30(0.23)			

วิจารณ์

การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย การประเมินปัญหาและวางแผน การเตรียมความพร้อมรายบุคคล การปฏิบัติการจัดการตนเอง และการประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเอง หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 6-12 จะเป็นกิจกรรมการพบกลุ่มโดยผู้วิจัยและผู้ช่วย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อกระตุ้นและร่วมประเมินผลการปฏิบัติตัวในรอบ 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วสะท้อนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกันแก้ไขปัญหา สรุปและประเมินความก้าวหน้าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และข้อมูลในสมุดบันทึก และให้การเสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ทำได้สำเร็จ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน เช่นเดียวกับ Lorig และ Holman²³ ที่ผู้

ปฏิบัติจะต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างสุขภาวะโดยทีมสุขภาพมีบทบาทกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังจึงเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยาสมเหตุสมผลและการออกกำลังกาย เพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 6 ระยะเวลา คือ การแก้ไขปัญหาการตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การสร้างความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ การปฏิบัติและการปรับทักษะให้เหมาะสมให้สามารถชะลอโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรม การให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน การรักษา ให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาด้วยตนเอง กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมในการ

ชะลอไตเสื่อม และเกิดความมั่นใจเมื่อจะตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังมีเอกสารหรือสื่อที่ใช้ในการสอนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนกิจกรรมหรือความเข้าใจเพิ่มเติมเมื่อกลับไปปฏิบัติจริงด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และการสนับสนุนความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ โดยก่อนการดำเนินกิจกรรมในทุกครั้ง ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยการประเมินสัญญาณชีพ การรับประทานอาหารและยา และประเมินความพร้อมทางอารมณ์ โดยประเมินจากลักษณะสีหน้า ท่าทาง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง เป็นการลดอุปสรรคที่จะมีผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรมที่ จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารรับประทานยาให้แล้วเสร็จก่อนมาร่วมกิจกรรม มีสีหน้าท่าทางที่ยิ้มแย้มแจ่มใส บอกว่าไม่มีความวิตกกังวล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ

การชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยจะให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างโดยใช้คำพูดในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมปฏิบัติกิจกรรม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและสร้างความไว้วางใจให้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้วิจัย มีการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี พร้อมกับการพูดชักจูง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคล้อยตามและเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จนเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมและมีความรู้สึอยากเข้าร่วมโปรแกรมตามกำหนด รวมถึงในกลุ่มตัวอย่างก็ได้มีการพูดคุย ประเมินให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยซึ่งกันและกัน ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม การเสนอความคิดเห็น หรือการพูดคุยแลกเปลี่ยนต่างๆ อีกด้วย และการติดตามประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 เป็นการประเมินซ้ำก่อนให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมการชะลอไตเสื่อมด้วยตนเองที่บ้านเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการชะลอไตเสื่อมให้เกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการ

ชะลอไตเสื่อม ดังนั้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาโดยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.66 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง²⁴

นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นยังส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมโดยรวม เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.54 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน²⁵ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระบาท จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การเสริมพลังกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีผลทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ และการรับรู้ มีความตระหนักในตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติของตนเอง ส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำวิถีชุมชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น บริโภคข้าวกล้องที่มีอยู่ในชุมชน ปลูกผักกินเอง ปลูกและใช้สมุนไพรสดรักษาตัวเอง เดินออกกำลังกาย

ประยุกต์อุปกรณ์เหลือใช้มายืดเหยียดกล้ามเนื้อ สวดมนต์ให้พระเพื่อลดเครียด ปรับปรุงวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการสร้างสุขภาพ การศึกษานี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าผู้ให้บริการหรือผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเปลี่ยนทัศนคติของตนเองให้เป็นบวกใช้ “ปิยวาจา” ในการพูดคุยหรือการดูแลที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม เทคนิคการเสริมพลังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพกับทุกกลุ่มอายุ โดยเรียนรู้ร่วมกัน สอดคล้องกับวิถีชุมชน ตรงกับความต้องการ และตรงกับปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนยอมรับ เกิดความตระหนักร่วมและเปลี่ยนแปลงตนเองในที่สุด²⁶ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การใช้ยาสมเหตุผล และการออกกำลังกายส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น; หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง 6 และสอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson²⁷ ซึ่งกล่าวว่า การเสริมพลังเป็นกระบวนการช่วยให้ บุคคลควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต มีความสุข ตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ และยังเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทั้งส่วนบุคคลและสังคม มาใช้ ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสังคม

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงพฤติกรรมแต่ละบุคคล ผู้วิจัยเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง สาธิตการออกกำลังกาย สอนเทคนิคการยืดเหยียดข้อต่อลงร่วมกันของทุกคนคือ ลดการกินแป้ง ออกกำลังกายด้วยการเดินทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง สิ่งที่ได้จากการติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเทียบกับเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 3 แล้วสะท้อนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นและร่วมกันแก้ปัญหา สรุปและประเมินความก้าวหน้าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโภชนาการ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และข้อมูลในสมุดบันทึก และให้การเสริมแรงตนเองในพฤติกรรมที่ทำให้สำเร็จ และสรุปภาพรวมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง และเน้นให้ปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างและให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมบริการโภชนาการหลังได้รับโปรแกรม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อการชะลอโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วยที่เป็นตัวแบบ หรือ Best practices
2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่มเล็ก ประมาณ 6-10 กลุ่ม กระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพิ่มขึ้น
3. ควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไป เพื่อติดตามว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสามารถคงไว้ซึ่งการจัดการตนเองที่ยั่งยืนในการชะลอโรคไตเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศาสตราจารย์อภินันท์ อำนวยพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลม ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือให้คำแนะนำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแซงแหลม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseeni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population : Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010 ; 25 : 1567-75.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สตรีไทย ไต Strong [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สสส. ; 2561 [เข้าถึง เมื่อ 18 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/40347-สตรีไทย%20/’ไต’%20Strong%20.html>

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการประเมินผลยุทธศาสตร์ปี พ.ศ.2562. ร้อยเอ็ด. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์; 2562.
4. พิทักษ์พงศ์ พุฒะ, บุษบา บัวผัน, เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2562 ; 9(2): 179-188.
5. Miller, W. R., & Rollnick, S. Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behavior. New York : Guilford Press; 1991.
6. จันจิรา หินขาว, สุนทรี เจียรวิทยกิจ, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงของไตระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562 ; 30 (2) : 185-202.
7. Landon B.E., Hicks L.S., & O' Malley J. Improving the Management of Chronic Disease at Community Health Centers. N Engl J Med. 2007 ; 356 : 921-93.
8. เกษฎาภรณ์ นาขะมิน. กลวิธีการป้องกันโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556 ; 31(1): 43-51.
9. นิชาพัฒน์ เรืองศิริวัฒน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาธารณสุข. 2556 ; 27(1): 74-87.
10. อรุณี ผุยปุย. การพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพิจิตร. สมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556 ; 1(4):80-88.
11. วัฒนา สว่างศรี และศิริณีย์ อินทรหนองไผ่. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2558 ; 16 (1) : 116-22.
12. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562 ; 16(3) : 149-58.
13. สุวรรณ สุรวาทกุล, สุคนธ์ เหล่าราช, ละออง เดิมทำรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563 ; 4(7) : 129-43.
14. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self management methods. In : Kanfer FH, Goldstein A, editors. Helping people change : A textbook of methods. New York : Pergamon ; 1991.p. 305-60.
15. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five A's for patient-centered counseling. Health PromotInt. 2006 ; 21(3) : 245-55.
16. ลดาวัลย์ฤทธิ์กล้า, ชดช้อยวัฒนะ, พีระพงศ์ กิติภาวงศ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการ จัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจ ลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. พยาบาลสาร. 2555 ; 39(1) : 64-76.
17. อรรธรณ ประภาศิลป์, ชดช้อยวัฒนะ, ธิพาพร ธาระวานิช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะ ในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและ หลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. พยาบาลสาร. 2556 ; 40(1): 34-48.
18. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2557.
19. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ : Lawrence Erlbaum ; 1988.

20. ลักษณะ ลีประเสริฐ และสุทธิณี สิทธิหล่อ. แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับในชุมชนบ้านนาแก ตำบลห้วยอ้อ อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ [การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2559.
21. สายทอง ภูม่นเขียน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2556.
22. เพ็ญศรี จิตต์จันทร์. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารสมาการพยาบาล.2554 ; 26(2) : 86-99.
23. Lorig KR, Holman H. Self-management education : history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003 ; 21 : 1-7.
24. เปรมทิพย์ คงพันธ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่
25. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2559 ; 27(ฉบับเพิ่มเติม):28-42.
25. ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์. เทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557 ; 23(4) : 649-58.
- 26.ไพศาล ไตรศิริโชค, หลั่งพร อุตระศาสตร์, วราทิพย์ แก่นการ. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562 ; 34(6) : 552-58.
27. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1993 ; 16 : 354-61.